



Escola Superior de Enfermagem do Porto

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA
AUTONOMIA/INDEPENDÊNCIA FACE AO AUTOUIDADO APÓS
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA
DISSERTAÇÃO**

Dissertação académica orientada pela Prof.^a Doutora Fátima Araújo e
coorientada pela Mestre: M^a do Carmo Rocha

Cátia Sofia da Rocha Neves

Porto, 2014

AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Fátima Araújo, pela disponibilidade, estímulo, compreensão e orientação crítica e sugestiva, contributos imprescindíveis em todo o percurso.

À Mestre Maria do Carmo Rocha pelo apoio e coorientação durante a realização deste trabalho de investigação.

À Professora Doutora Bárbara Gomes pelo incentivo e persistência para que este projeto se realizasse.

Ao Dr. Francisco Vieira do gabinete de Divulgação, Imagem e Apoio à Publicação da ESEP, pela colaboração na pesquisa e recolha de dados em bases de dados científicas.

À Catarina, pela amizade, ânimo e pelos momentos de partilha, ajuda e discussão essenciais para manter o entusiasmo e superar os obstáculos ao longo deste percurso.

À minha mãe e irmã, pela compreensão e apoio incondicional ao longo de todo o percurso por mim delineado.

Ao Miguel pelo incentivo, compreensão do tempo dedicado a este projeto e ajuda, fundamentais para acreditar que seria possível.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho, muito obrigada!

SIGLAS

AIT- Acidente Isquémico Transitório
AVC- Acidente Vascular Cerebral
AIVD- Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD- Atividades da Vida Diária
CF- Capacidade Funcional
CRD- Centre for Reviews and Dissemination
DALYs- Disability Adjusted Life Years
DGS- Direção Geral da Saúde
ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto
FC- Familiar Cuidador
FIM- Functional Independence Measure
FMA- Fugl-Myere Assessment Scale
GDS- Geriatric Depression Scale
IB- Índice de Barthel
ICN- International Council of Nurses
INE- Instituto Nacional de Estatística
JBI- Joanna Briggs Institute
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial de Saúde
MER- Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
PBE- Prática Baseada em Evidência
QV- Qualidade de Vida
QVRS- Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
RCAAP- Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
RCT- Randomized Controlled Trial
RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSL- Revisão Sistemática da Literatura
SIS- Stroke Impact Scale

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1 Acidente Vascular Cerebral: Evento Gerador de Dependência.....	6
1.2 Autocuidado: Foco de Atenção na Enfermagem.....	13
1.3 Enfermagem na Promoção da Independência/Autonomia no Autocuidado após Acidente Vascular Cerebral	16
1.4 A Transição da Família para o Papel de Prestador de Cuidados: Contributos da Enfermagem.....	23
1.5 Revisão Sistemática da Literatura: Contributo para a Prática Baseada na Evidência em Enfermagem.....	28
2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	31
2.1 Tipo de Estudo	31
2.2 Questão de Partida.....	32
2.3 Estratégias de Recolha de Dados.....	32
2.4 Critérios de Inclusão/Exclusão	34
2.5 Procedimento de Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos Incluídos	35
3 RESULTADOS	37
3.1 Seleção dos Estudos Primários	37
3.2 Caracterização dos Estudos Primários	38
3.3 Resultados: Resposta à Questão de Partida.....	39
3.3.1 Programas de Intervenção/ Intervenções de Enfermagem	40
3.3.2 Eficácia das Intervenções/ Programas de Intervenção	48
4 DISCUSSÃO	55
CONCLUSÃO.....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

ANEXOS	91
Anexo I – Síntese dos estudos incluídos na revisão sistemática literatura.....	93
Anexo II – Análise da qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura.....	101
Anexo III – Solicitação de informação sobre estudos.....	107

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Classificação do AVC.....	9
QUADRO 2: Fatores de risco associados ao AVC	10
QUADRO 3: Construção da pesquisa através da estratégia PICOD	32
QUADRO 4: Descritores/ palavras-chave para pesquisa	32
QUADRO 5: Combinação de descritores e operadores booleanos.....	33
QUADRO 6: Critérios de seleção da pesquisa	34
QUADRO 7: Níveis de evidência.....	35
QUADRO 8: Lista de avaliação crítica para estudos experimentais	36
QUADRO 9: Estudos incluídos: Autor/ ano; Fonte; Localização e País de Origem	38
QUADRO 10: Avaliação da qualidade metodológica dos estudos primários.....	39
QUADRO 11: Estudos primários: amostra, objetivos, intervenções e resultados <i>major</i>	41
QUADRO 12: Caracterização (idade, gênero e nível de dependência) dos participantes dos estudos primários.....	43
QUADRO 13: Contextos de intervenção, <i>timing</i> da implementação e intensidade das intervenções nos estudos primários	45
QUADRO 14: Intervenções para a promoção da autonomia e independência após AVC.....	47
QUADRO 15: Variáveis de resultado e instrumentos de avaliação utilizados nos estudos primários	49
QUADRO 16: Eficácia/resultados das intervenções/Programas de intervenção.....	52

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Nº de registos de Acidente Vascular Cerebral em Portugal por faixa etária em 2012 (INEM, 2013)	9
FIGURA 2: Fluxograma do processo de seleção dos estudos	37

RESUMO

Título: Intervenções de enfermagem na promoção da autonomia/independência face ao autocuidado após acidente vascular cerebral: revisão sistemática da literatura.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui uma das principais causas de incapacidade funcional com repercussão a nível do desempenho do autocuidado. Tendo em atenção o perfil demográfico e as alterações nos estilos de vida das populações, prevê-se uma crescente incidência deste evento gerador de dependência, aumentando com a idade, sendo o género masculino mais afetado. As transformações decorrentes do AVC ocorrem de forma súbita e inesperada, dificultando a preparação psicológica, a integração de conhecimento e o envolvimento gradual do familiar cuidador nos cuidados.

Tendo por base a evidência sobre a dimensão e impacte deste evento gerador de dependência, surge a necessidade de estudar as intervenções de enfermagem mais eficazes na promoção da autonomia/independência no autocuidado, na pessoa após AVC. Assim, optou-se pela elaboração de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL), que contempla a pesquisa de estudos primários publicados no repositório científico de acesso aberto de Portugal, EBSCO HOST e SCOPUS entre Março e Abril de 2013.

Três dos quatro estudos primários selecionados revelaram elevada qualidade metodológica e o restante média qualidade. Constata-se uma relevante heterogeneidade ao nível das intervenções, contexto, objetivos específicos e opções metodológicas, sendo que um dos estudos, para além das intervenções dirigidas à pessoa dependente após AVC, compreendeu também como alvo de cuidados o familiar cuidador (FC).

As intervenções apresentadas nos estudos incluídos apresentam integridade referencial relativa ao domínio das competências do enfermeiro de cuidados gerais e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, sendo as intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, direcionadas para as AVD, exercícios articulares, equilíbrio, marcha e hemicnegligência eficazes no que concerne à promoção da autonomia e independência no desempenho do autocuidado e melhoria da perceção da qualidade de vida.

Palavras-Chave: Acidente Vascular Cerebral; Reabilitação; Dependência; Autocuidado, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Title: Nursing interventions in autonomy / independence promotion to self-care after stroke: a systematic review of the literature.

The cerebral vascular accident (Stroke) is a major cause of disability impacting the self-care performance. Provided the demographic profiles and population lifestyle changes forecast is to increase the incidence of this event generator of dependency, whose prevalence increases with age and with a higher quell in males. The changes resulting from stroke occur suddenly and unexpectedly, hampering psychological preparation, knowledge integration and the progressive involvement of family caregivers in nursing.

Based on the evidence of size and impact of this event generator of dependency arises the need to study the most effective nursing interventions in promoting autonomy/independency self-care in people after stroke. Therefore, it was chosen the formulation of a Systematic Literature Review, which includes primary research studies published in scientific open access repository of Portugal, EBSCO HOST and SCOPUS between March and April 2013.

Three of the four primary selected studies revealed high methodological quality, and the rest average quality. Notably, there is a significant heterogeneity in terms of interventions, context, specific objectives and methodological options, being that one of the studies, in addition to interventions aimed at dependent person after stroke, also understood as the subject of care, the family caregiver (FC).

The interventions presented in the included studies have referential integrity on the competence field of the general care nurse and rehabilitation specialist nurse advocated by College of Nursing, being like interventions such as teach, instruct and train are conducted to the DLA, joint exercises, balance, gait and effective heminegligence regarding autonomy and independence promotion in self-care performance and improved quality of life perception.

Keywords: Stroke, Rehabilitation, Dependency, Self Care, Life Quality

INTRODUÇÃO

O presente documento surge como dissertação de mestrado, inserida no plano de estudos do segundo ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER), ministrada pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), tendo como objetivo retratar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências no domínio da investigação.

O exercício profissional do enfermeiro insere-se num contexto de atuação transdisciplinar, sendo o papel na investigação essencial para a determinação de uma base científica que conduza à prática dos cuidados baseada em evidência (Fortin, 2009). O enfermeiro, no processo de tomada de decisão e na implementação de intervenções, deve incorporar os resultados da investigação na sua prática clínica, sendo que os cuidados de enfermagem devem basear-se em evidência científica, estabelecendo um suporte estrutural para o progresso contínuo da qualidade do exercício profissional (Ordem dos enfermeiros, 2003). Atualmente o progresso da investigação em enfermagem tem contribuído para desenvolver uma prática baseada na evidência (PBE), para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a revalorização da enfermagem enquanto profissão e enquanto ciência (Internacional Council of Nurses, 2012).

Neste sentido reconhece-se o aumento da produção científica, nomeadamente ao nível da enfermagem, pelo que surge também a necessidade de organizar o conhecimento produzido e torná-lo mais acessível, favorecendo o processo de tomada de decisão (Ramalho, 2005). Por este motivo, a revisão sistemática da literatura (RSL) surge como metodologia científica que pelo seu rigor e objetividade concorrem para a dinâmica da PBE.

No panorama epidemiológico atual dos países desenvolvidos, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 2003, representa uma das principais causas de incapacidade funcional. Atendendo à configuração da evolução demográfica, nas próximas décadas prevê-se o agravamento da dimensão deste problema de saúde, sendo as limitações na capacidade de autocuidado cada vez mais frequentes (Eurostat, 2006). Neste sentido, a intervenção de enfermagem na dependência para o autocuidado após AVC assume relevância, uma vez que os cuidados de enfermagem centram o seu foco de atenção na *“promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida”* (OE, 2003 p.5). Assim, assistir as pessoas nos processos de transições ao longo do seu percurso de vida, nomeadamente os

que afetam a sua saúde, constitui o principal desafio do enfermeiro, antes, durante e após um evento gerador de mudança (Meleis, 2007).

Segundo Orem (2001), as pessoas são geralmente capazes de cumprir os requisitos de autocuidado, no entanto, ao longo do ciclo de vida, deparam-se com limitações na ação, como por exemplo o AVC, que afetam a capacidade de autocuidado, surgindo assim a necessidade do desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem, no sentido de restabelecer a saúde e o bem-estar (Meleis, 2007; Meleis, Sawyer, Messias & Schumacher, 2000).

O interesse pelo papel dos enfermeiros e enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na promoção da autonomia/independência no autocuidado da pessoa que sofreu um AVC, suscitou o interesse em realizar uma revisão sistemática da literatura (RSL) no âmbito do MER. Deste modo, a finalidade deste estudo visa identificar as intervenções de enfermagem e a sua eficácia na promoção da autonomia/independência no autocuidado na pessoa, após um AVC.

Na elaboração desta pesquisa traçaram-se os seguintes objetivos orientadores:

- Averiguar os principais enfoques da comunidade científica na investigação no âmbito da promoção da autonomia/independência no autocuidado na pessoa após AVC;
- Identificar as principais abordagens metodológicas usadas nos estudos desenvolvidos sobre a promoção da autonomia/independência no autocuidado na pessoa após um AVC;
- Caracterizar os programas de intervenção/intervenções de enfermagem que visam a promoção da autonomia/independência no autocuidado na pessoa após AVC (tipo de intervenções, regularidade, intensidade, participantes, profissionais envolvidos, contexto, variáveis resultado);
- Conhecer a eficácia dos programas / intervenções de enfermagem no âmbito da promoção da autonomia/independência no autocuidado na pessoa após AVC;
- Explorar como é avaliada a eficácia dos programas de intervenção que objetivam promover a autonomia/independência no autocuidado na pessoas após AVC.

O presente documento encontra-se estruturado em quatro capítulos, o primeiro refere-se ao enquadramento teórico, onde para além das características epidemiológicas e impacte do AVC, abordam-se alguns constructos teóricos transversais a esta problemática

de saúde; o segundo reporta-se ao enquadramento metodológico onde se dão a conhecer as opções metodológicas na condução desta RSL; o terceiro capítulo contempla os resultados obtidos com a implementação de metodologia definida e o quarto visa a discussão dos resultados.

A redação da presente dissertação baseou-se nas orientações para apresentação de teses de mestrado emanadas pela ESEP e as referências bibliográficas seguiram as normas da American Psychological Association, 6ª edição, com recurso ao programa informático End Note.

A elaboração deste estudo pretende fornecer um instrumento útil para o processo de tomada de decisão visando a prestação de cuidados baseados em evidência científica, permitindo desenvolver as intervenções eficazes e promotoras da autonomia/independência no autocuidado na pessoa vítima de AVC, favorecendo a perceção da qualidade de vida (QV).

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Atualmente verifica-se uma tendência mundial para o envelhecimento populacional e consequentemente um aumento de problemas de saúde associados a diferentes níveis de dependência no autocuidado, entre os quais o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (INE, 2011; Martins, 2006; Ministério da Saúde, 2011; Sequeira, 2007). Na opinião de Ostwald e colaboradores (2008), o AVC constitui um evento catastrófico para os sobreviventes e suas famílias, em que a maioria das limitações é sentida com grande intensidade após o regresso a casa, pelo que uma abordagem continuada e integrada, focalizada nas necessidades e limitações identificadas é fulcral na redução do impacte desta problemática no desempenho do autocuidado e na perceção da QV.

Tendo por base a evidência sobre a dimensão e impacte deste evento gerador de dependência, surge a necessidade de estudar as intervenções de enfermagem mais eficazes para a promoção da autonomia/independência no autocuidado da pessoa que sofreu um AVC.

Neste sentido, no presente capítulo aborda-se o AVC como evento gerador de dependência, com repercussões no domínio do autocuidado, reforça-se a importância da investigação em enfermagem na temática exposta, bem como o importante papel do enfermeiro na promoção da autonomia e independência no autocuidado e no processo de transição para o papel de prestador de cuidados, frequentemente assumido por um dos membros da família, designando-se por familiar cuidador (FC) (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). A este conceito associam-se outras designações como cuidador informal, prestador de cuidados e membro da família prestador de cuidados, relativas às pessoas que se responsabilizam pelos cuidados e consequentemente asseguram a resposta às necessidades humanas básicas dos familiares/amigos com dependência. Tendo em conta que o cuidador principal é maioritariamente familiar da pessoa dependente, optamos por ao longo da revisão denominar o elemento da família que presta cuidados por FC (Karsch, 2003).

1.1 Acidente Vascular Cerebral: Evento Gerador de Dependência

A evolução das sociedades modernas caracteriza-se pelo crescimento da população idosa a nível mundial, pelo que o modelo demográfico expõe um contínuo decréscimo da taxa de natalidade e mortalidade contrastando com o aumento de esperança média de vida (Fonseca, 2005).

Em Portugal, de acordo com os censos 2011 denota-se um quadro de envelhecimento demográfico bastante significativo, sustentado numa proporção de 19,15% de população com 65 e mais anos, 14,89% com idade entre os 0-15 anos e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos. Estes indicadores fazem com que Portugal seja atualmente considerado o sexto país mais envelhecido na Europa, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), 2011. As estimativas para 2050 apontam para que Portugal seja o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos, menor percentagem de população ativa, sendo que entre 2004 e 2050 a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará (Eurostat, 2006).

À medida que a esperança média de vida aumenta, existe uma tendência para a modificação no padrão de morbilidade e das causas de mortalidade da população, predominando as doenças crónico-degenerativas (Alves, Leite & Machado, 2008). Segundo Caeiro e Silva (2008), metade da população idosa exhibe pelo menos uma patologia crónica que impossibilita o desempenho das atividades da vida diária (AVD).

O número de doenças crónicas incapacitantes tem crescido gradualmente, gerando problemáticas sociais e familiares complexas, associadas à prevalência de incapacidade funcional. O impacto da doença e dos processos de vida, nos quais o envelhecimento sobressai, resultam tendencialmente em dependência, com implicações diretas no autocuidado (INE, 2003; Marques, 2007; Martins, Ribeiro & Garrett, 2004; Sequeira, 2007; Silva, 2007).

A progressão do fenómeno do envelhecimento é um dado adquirido, uma vez que as grandes mudanças na fecundidade e na mortalidade durante a segunda metade do século passado aceleraram o processo de envelhecimento da população residente (INE, 2003). Todavia, a dependência não é exclusivamente um problema de saúde associado à velhice, ocorrendo ao longo de todo o ciclo vital, consequência de situações diversas, como doença aguda ou acidente (Figueiredo, 2007).

No Decreto-Lei nº 101/2006, p.3857¹, a dependência é compreendida como *“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”*.

A dependência surge como a incapacidade para a autossatisfação, carecendo de auxílio de terceiros para atingir um nível aceitável de satisfação das suas necessidades. Neste sentido, a dependência nem sempre caracteriza a pessoa idosa, uma vez que algumas das pessoas demonstram prematuramente uma decadência no seu nível de saúde e/ou capacidades cognitivas e outras apresentam-se saudáveis e independentes para além dos 65 anos (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). O grau de dependência no autocuidado advém dos compromissos corporais e relaciona-se com a habilidade na autorrealização das atividades que integram cada tipo de autocuidado (Petronilho, Machado, Almendra & Gago, 2012).

A dependência poderá ocorrer de forma gradual ou súbita, sendo que nas doenças crónicas, a pessoa dependente e o FC adaptam-se ao longo do desenvolvimento da doença, contrariamente aos eventos agudos, como o AVC, em que as pessoas são confrontadas com súbitas e imprevisíveis transformações, dificultando a preparação psicológica, a integração de conhecimento e o envolvimento gradual do FC (Martins, 2006; Sequeira, 2007).

A mortalidade geral em Portugal, em 2006, remete para 102362 óbitos; desses, 80,5% resultaram de doenças cerebrovasculares, nas quais se inclui o AVC (DGS, 2009). No entanto, em 2009, a taxa de mortalidade por AVC manteve uma tendência decrescente, apesar do número de pessoas admitidas nas Unidades de AVC pela via verde ter aumentado cerca de 11,1% entre 2006 e 2009 pelo que a letalidade intra-hospitalar por AVC tem diminuído, em que a taxa mais elevada foi alcançada pelo sexo feminino (Ministério da Saúde, 2011). Em Portugal no ano de 2011, as doenças do aparelho circulatório revelavam-se as principais causas de mortalidade (INE, 2011), sendo que a nível internacional o AVC é indicado como a segunda ou terceira causa de morte, e

¹ Decreto-Lei nº 101/2006, “D.R.I. Série A” 109; 06 Junho 2006, regulariza a implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em Portugal, no âmbito do Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, de acordo com o Programa do XVII Governo Constitucional. Os cuidados continuados pretendem promover a autonomia com vista à melhoria da funcionalidade da pessoa dependente através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

revelando-se a primeira causa de morbilidade e incapacidade funcional e estima-se uma incidência anual entre 100 a 200 por 100.000 habitantes (Direcção-Geral da Saúde, 2001; Hacke, Kaste, Olsen, Orgogozo & Bogousslavsky, 2002; Lyons & Rudd, 2007).

Segundo a OMS (2009), o AVC constitui a segunda principal causa de morte e a principal causa de incapacidade, associada a sequelas físicas, mentais e sociais que restringem a capacidade funcional, especialmente a nível da independência nas AVD em adultos de meia-idade e idosos. Em 2002, Portugal situava-se no escalão dos países com nove *Disability Adjusted Life Years (DALYs)*², devidos ao AVC encontrando-se acima de todos os países da Europa Ocidental (Mackay & Mensah, 2004).

Segundo a American Heart Association, a prevalência do AVC aumentou nos últimos vinte anos, apesar do número de óbitos ter diminuído para 12% (Ropper, Adams, Victor & Samuels, 2009). Neste sentido, a tendência demográfica conduz à previsão de um aumento exponencial do AVC, cuja prevalência cresce com a idade e com uma maior incidência no género masculino (Truelsen *et al.*, 2006).

Anualmente por cada 1000 habitantes ocorre um a dois novos casos de AVC, sendo o avanço da idade o principal fator de risco, uma vez que 85% dos casos ocorre em pessoas com mais de 65 anos (DGS, 2001). No entanto, assiste-se a um aumento da incidência em idades mais jovens, tendo sido registada em Portugal no ano de 2011, um episódio no grupo etário dos 35-44 anos de idade numa amostra de 38667 pessoas (Branco, Silva, Batista, Nunes & Dias, 2012). Na literatura destaca-se o interesse no estudo da população vítima de AVC nas faixas etárias consideradas jovem adulta e adulta (Dai *et al.*, 2013; Okubo, 2012; Thieme *et al.*, 2013).

De acordo com os dados mais recentes do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, 2013) através da via verde de AVC, o número de casos de AVC tem vindo a aumentar desde 2006, reconhecendo-se os anos de 2007 e 2008 como o período onde se assistiu ao maior aumento do número de casos. Segundo a mesma fonte, em 2012, o número de casos de AVC prevaleceu cerca de 25% na faixa etária entre os 50 e 64 anos e 50% entre os 65 e 79 anos (figura 1).

² *Disability Adjusted Life Years (DALY)*- é a medida de potenciais anos de vida perdidos devido à prematura mortalidade ou à incapacidade devido ao AVC (Mackay & Mensah, 2004).

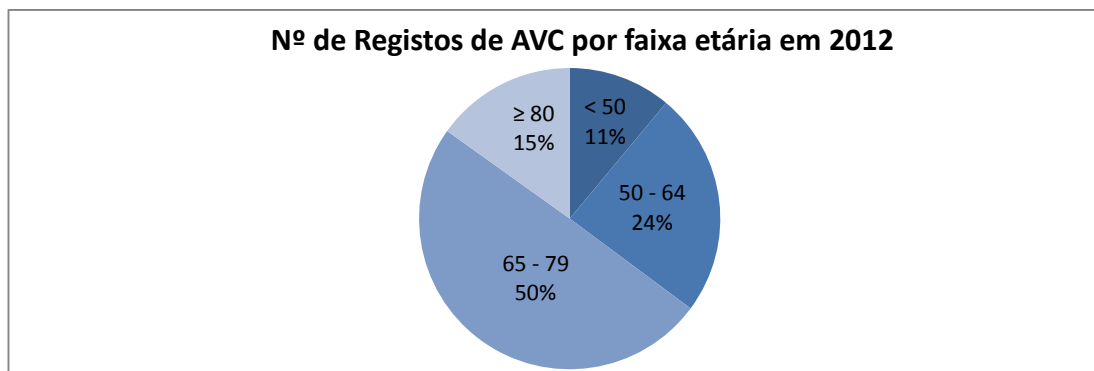


FIGURA 1: Nº de registos de Acidente Vascular Cerebral em Portugal por faixa etária em 2012 (INEM, 2013)

Segundo um estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) realizado por Rato, Rodrigues e Rando (2009), em 2008 o diagnóstico mais prevalente foi o AVC (36%), dos quais 19% são registados como “*doença vascular cerebral aguda*”.

A OMS (2009, p.6) define AVC como o “*comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) e provável origem vascular*”, excluindo o Acidente Isquémico Transitório (AIT), no qual os sintomas desaparecem antes desse período.

O AVC é classificado segundo o critério etiológico, agrupando-se em AVC hemorrágico e isquémico (OMS, 2009). Este último representa 85% dos casos, relacionando-se com a cessação de aporte sanguíneo a uma área cerebral após oclusão trombótica ou embólica de um vaso, sendo o AVC hemorrágico menos frequente, associando-se à rutura de um vaso (Correia, 2006), condicionando lesões neurológicas. O AVC pode ainda ser dividido em subtipos, como se observa no quadro 1.

QUADRO 1: Classificação do AVC

Tipos de AVC	Subtipos de AVC
Isquémico	Trombótico Embólico Lacunar
Hemorrágico	Intracerebral Subaracnoide

Adaptado de Braunwald, Kasper e Longo (2008)

Os fatores de risco para desenvolver um AVC são múltiplos, sendo a hipertensão arterial o fator de risco modificável *major* (Ferro & Pimentel, 2006). Segundo estes autores as causas associadas ao AVC podem ser agrupadas em modificáveis e não modificáveis, tal como se pode verificar no quadro 2. Esta classificação deve-se à existência, ou não, de intervenções eficazes para controlar estes fatores.

QUADRO 2: Fatores de risco associados ao AVC

Não modificáveis	Modificáveis	
	Bem documentados	Pouco documentados
<ul style="list-style-type: none"> Idade Gênero Etnia Baixo peso à nascença História Familiar de AVC Isquémico / AIT 	<ul style="list-style-type: none"> Doença cardiovascular Insuficiência cardíaca Doença arterial periférica Hipertensão arterial Diabetes Mellitus Hiperlipidémia Tabagismo Estenose carotídea Fibrilhação auricular Forâmen ovale patente Anemia de células falciformes Obesidade Inatividade física Abuso de álcool Tratamento hormonal pós-menopáusico 	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome metabólica Abuso de droga Hiperhomocisteinémia Hipercoagulabilidade Anticoncecionais orais Processos inflamatórios agudos ou crónicos Apneia do sono Desnutrição

Adaptado de Goldstein *et al.*, (2006) e Sacco *et al.*, (2006)

A probabilidade da ocorrência desta patologia aumenta com o número de fatores de risco que a pessoa apresenta. Neste sentido, o decréscimo da mortalidade cerebrovascular pode ser consumada de acordo com a eficaz identificação e intervenção interdisciplinar sobre os fatores de risco, reunindo sinergias e promovendo a adoção de hábitos de vida saudáveis no sentido de prevenir novos eventos ou complicações (Marques, 2007).

O prognóstico após AVC é determinado pelos défices neurológicos resultantes, que dependem particularmente da localização e extensão do mesmo (Ferro & Pimentel, 2006). Assim, tendo em conta a área cerebral acometida surgem sequelas diversificadas nas quais se incluem os distúrbios visuais, défices somatossensitivos, défices motores, alterações no tônus muscular, padrões sinérgicos e reflexos anormais, distúrbios da fala e linguagem, parésia e padrões alterados de atividade muscular, distúrbios de controlo postural e equilíbrio, disfagia, disfunção perceptiva e cognitiva, alterações no padrão do sono, incontinência de esfíncteres, dor e fadiga (O'Sullivan & Schmitz, 2004; Piassaroli, Almeida, Luvizotto & Suzan, 2012; Ferro & Pimentel, 2006; Umphred, 2011).

As complicações indiretas associadas ao AVC incluem pneumonia de aspiração; infeção do trato respiratório; trombose venosa profunda e embolismo pulmonar; infeções do trato urinário e incontinência; obstipação; lesão dos tecidos moles; úlceras de pressão; convulsões; quedas; agitação psicomotora; depressão e desidratação. Para além destas complicações surgem ainda alguns problemas secundários a nível motor, resultado da

hemiplegia como é o síndrome ombro mão; ombro doloroso; subluxação do ombro; edema da mão; espasticidade; rigidez e anquilose articular (Ferro, 2008; Piassaroli, Almeida, Luvizotto & Suzan, 2012; Ferro & Pimentel, 2006; Umphred, 2011). Estas alterações podem ser experienciadas em qualquer fase após AVC sendo por isso fundamental perspetivar uma reabilitação eficaz perante estas complicações (Lai, Studenski, Duncan & Perera, 2002; Piassaroli, Almeida, Luvizotto & Suzan, 2012).

Deste modo, após um AVC, a maioria dos sobreviventes são confrontados com alterações súbitas no seu modo de vida, devido às limitações físicas e cognitivas que impedem a realização independente das atividades básicas e instrumentais de vida diária o que interfere na sua QV (Martins, 2006; Proot, Abu-Saad, Esch-Janssen, Crebolder & Meulen, 2000; Proot, Abu-Saad, Oorsouw & Stevens, 2002; Proot, Crebolder, Abu-Saad & Meulen, 1998; Strasser *et al.*, 2008).

A QV é reconhecida como um importante resultado das intervenções em saúde, sendo que tem vindo a destacar-se, substituindo medidas de saúde tradicionalmente avaliadas através das taxas de morbilidade e mortalidade (Diniz & Schor, 2006). O conceito de QV é utilizado em várias disciplinas, sendo caracterizado como multifatorial e multidimensional com destaque para o bem-estar físico, psicológico e social aliados aos valores políticos, culturais, económicos e espirituais (Pais-Ribeiro, 2009). Segundo o mesmo autor a evolução do conceito está associado a diversos referenciais teóricos que refletem conceitos como: satisfação com a vida, felicidade e bem-estar subjetivo.

Os estudos transversais e prospetivos, no âmbito da avaliação da QV das pessoas após AVC, revelam que as pessoas afetadas pelo AVC apresentam pior sensação de bem-estar subjetivo relativamente às pessoas que não vivenciaram esta situação (Santos, 2010). Doyle (2002) corrobora esta ideia demonstrando que após AVC as pessoas revelam mudanças na sua perceção geral de QV.

Deste modo, a QV tornou-se num alvo *“prioritário dos serviços de cuidados de saúde e tem vindo a ser cada vez mais incorporada na pesquisa clínica como um resultado importante da doença e tratamento”* (Santos, 2010, p.2). Sendo o AVC uma das principais causas de incapacidade acarreta consequências emocionais e socioeconómicas não só para a vítima deste evento gerador de dependência, mas também para os seus familiares. As consequências negativas associam-se assim ao agravamento da dependência no desempenho das AVD, alterações do humor, rutura na interação social e interferência na sua vida profissional, resultando na diminuição da perceção da QV (Tubone, 2007). A associação entre a saúde e a QV evidencia que quanto melhor for o estado de saúde melhor será a perceção da QV e vice-versa (Couvreur, 1999).

Diversos investigadores têm focado os seus estudos na percepção da QV após AVC, como Makiyama e colaboradores (2004), que avaliaram o impacto do AVC em pacientes e cuidadores informais, identificando um decréscimo da percepção da QV, comparativamente com outras pessoas de idade e condições habitacionais semelhantes. Os mesmos investigadores verificaram que a incapacidade funcional influencia negativamente os componentes emocionais e mentais, tanto nas vítimas de AVC como nos cuidadores. Scalzo e colaboradores (2010) corroboram esta evidência observando que os aspetos físicos e a capacidade funcional comprometeram a percepção da QV devido às manifestações clínicas provocadas pelo AVC, prejudicando a autonomia e a independência no desempenho do autocuidado.

No sentido de verificar quais os fatores que melhoram a percepção da QV, Jaracz (2003) estudou 72 participantes, após um ano de internamento hospitalar por AVC, concluindo que o reforço do suporte familiar, o tratamento da depressão e a diminuição da dependência física assumem-se como os principais fatores que contribuem para a melhoria da sua percepção da QV. O mesmo autor verificou ainda que a capacidade física foi percecionada como a dimensão menos positiva, ou seja, mais prejudicada pelo evento de AVC.

Destacam-se vários fatores, tais como a idade avançada, a diminuição da capacidade funcional nas AVD, falta de suporte social e económico, a incapacidade de regresso ao trabalho e a depressão, têm sido associados à diminuição da percepção da QV após AVC (Alguren, Fridlund, Cieza, Sunnerhagen & Christensson, 2012; Dhamoon *et al.*, 2010; Laurent *et al.*, 2011). Este último fator relaciona-se com a recuperação na capacidade funcional e consequentemente com a deterioração da percepção da QV (Muus, Williams & Ringsberg, 2007). Estes autores também defendem que as alterações na linguagem por parte de algumas pessoas após o AVC é também um fator significativamente relacionado com um baixo nível de percepção de QV, uma vez que influencia a comunicação e a interação social.

A avaliação da percepção da QV relacionada com a saúde (QVRS) em pessoas após AVC permite aos profissionais de saúde, compreender de que forma os aspetos específicos que afetam a saúde, apresentam repercussões na percepção da QV (Saladin, 2000). Tal facto permite aos profissionais a definição de objetivos de intervenção direcionados e adaptados às suas necessidades, a distribuição de recursos no sentido de melhorar aspetos que interferem com a percepção da QV e a maximização dos resultados de saúde em todos os domínios, nomeadamente a reintegração na comunidade, permitindo uma reabilitação holística (Santos, 2010).

Ao longo dos tempos assiste-se ao desenvolvimento de áreas específicas do conhecimento. A reabilitação tem acompanhado esta evolução e pretende promover o melhor estilo de vida para cada indivíduo, de acordo com as suas potencialidades, sendo a melhoria da percepção da QV também o alvo das intervenções, mesmo quando existem capacidades funcionais reduzidas (Hesbeen, 2008).

1.2 Autocuidado: Foco de Atenção na Enfermagem

O AVC apresenta-se como um evento gerador de dependência, com elevada incidência na população idosa, conduzindo à dependência no autocuidado, o qual abrange as atividades realizadas no dia-a-dia, que são fulcrais para a manutenção da percepção da QV das pessoas (Backman & Hentinen, 1999; Brock, 2005). O International Council of Nurses (ICN, 2011 p.41) define o autocuidado como a *“atividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”*. Este conceito retrata sobretudo a atitude da própria pessoa para com os seus cuidados de saúde, doença e forma de viver (Tonini, Machado, & Figueiredo, 2004).

Ao longo do tempo o fenómeno do autocuidado transporece nas teorias de enfermagem, sendo a Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem, uma das teorias mais enfatizadas, em que o enfermeiro na sua prática clínica apresenta um papel fulcral face ao défice no autocuidado, objetivando a minimização das consequências desse défice (Bridge, Cabell, & Herring, 2005).

Segundo Orem (2001, p. 43) o autocuidado pressupõe *“a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”*. O autocuidado é uma função humana autorreguladora, resultante de um processo de desenvolvimento e aprendizagem, de forma a satisfazer as necessidades do indivíduo (Orem, 2001).

A Teoria Geral do Autocuidado é constituída por três estruturas teóricas que se interligam (Martin, 2005; Orem, 1995): a *Teoria do Autocuidado*, que descreve e explica a necessidade do autocuidado na manutenção da saúde e do bem-estar; a *Teoria do Déficit de Autocuidado*, que desenvolve a necessidade da assistência de enfermagem neste domínio, e finalmente, a *Teoria dos Sistemas de Enfermagem* que explana o modo como a enfermagem assiste as pessoas (Orem, 1995).

Na Teoria do Autocuidado, destacam-se os conceitos: *selfcare* (autocuidado), *selfcare agency* (agência de autocuidado), *selfcare agent* (agente de autocuidado),

dependent care agent (agente dependente de cuidados), e *therapeutical selfcare agent* (agente terapeuta de autocuidado), os quais constituem o centro da teoria, uma vez que conduzem à compreensão das condições e limitações de ação das pessoas, que podem beneficiar dos cuidados de enfermagem (Orem, 2001). A realização das atividades de autocuidado visa atingir determinados objetivos, que Orem (2001) designa de requisitos de Autocuidado, classificados como: universais, quando se relacionam com os processos de vida e a manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos; de desenvolvimento, quando são associados à condição do indivíduo, resultante do seu ciclo de vida ou algum evento crítico; e desvio de saúde, enquadrando as alterações da condição do indivíduo pelo aparecimento de uma doença, déficit ou lesão.

Assim, *selfcare agency* representam o conjunto de habilidades, conhecimentos e experiências não inatas para realizar o autocuidado. Quando, através do desenvolvimento e aprendizagem, a pessoa possui esta capacidade, é designado de *selfcare agent*. As pessoas que não possuem capacidade para se autocuidar, *dependent care agent*, necessitam de assistência, que é protagonizada por pessoas com responsabilidades sociais, que assumem a prestação de cuidados, como por exemplo o membro da família. Se a assistência no autocuidado for desempenhada por um profissional, o enfermeiro, designa-se de *therapeutical selfcare agent*.

A Teoria do Déficit no Autocuidado presume a limitação da ação, relacionada com a saúde ou com os cuidados de saúde, sendo considerada o núcleo das teorias, uma vez que procura esclarecer as relações entre as capacidades e o poder do indivíduo, de forma a satisfazer os requisitos de autocuidado (Orem, 2001). Quando as necessidades do indivíduo são superiores à sua capacidade, instala-se o déficit no autocuidado, emergindo desta forma outro conceito central: os métodos de ajuda. Estes métodos que representam o conjunto de medidas terapêuticas compensadoras das limitações do indivíduo, que objetivam a manutenção/promoção da saúde e a prevenção de défices, satisfazendo os requisitos de autocuidado (Orem, 2001). Os cinco métodos de ajuda identificados por Orem (1995) são: agir ou fazer pelo outro, orientar e guiar o outro, apoiar física e psicologicamente o outro, proporcionar um ambiente promotor do desenvolvimento pessoal e ensinar o outro.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem estabelece relação com os princípios unificadores das teorias anteriores. Estes são sistemas de intervenção concebidos e produzidos por enfermeiros, na prática clínica, que visam assistir o cliente, de forma que este possa assumir o seu autocuidado, mesmo em situação de dependência (George, 2000), selecionando o sistema a implementar em função das necessidades do cliente (Torres,

Davim & Nobrega, 1999). Os três sistemas de enfermagem propostos por Orem são: o totalmente compensatório, o parcialmente compensatório e o de apoio-educação (Orem, 1995).

O modelo conceptual de Orem representa um quadro de referência não só para a prestação de cuidados de enfermagem, mas também para a investigação, pelo que a promoção do autocuidado constituiu um dos principais objetivos da prática de enfermagem (Meleis, 2007; Petronilho, 2012). Desta forma, identificar os fatores que influenciam a performance das pessoas no autocuidado tem sido um dos objetivos da investigação realizada nesta área (Backman & Hentinen, 2001; Lyttle & Ryan, 2010; Petronilho, Machado, Miguel & Magalhães, 2010).

O estudo de Zeleznik, Zeleznik e Stricevic (2010) demonstrou que existe uma relação entre a capacidade para o autocuidado e a capacidade funcional, estilos de vida, aceitação do futuro, relações familiares e satisfação com a vida. Vários estudos têm procurado estabelecer relação entre o autocuidado e satisfação com a vida (Backman & Hentinen, 2001). Para além dos fatores citados, Hellstrom & Hallberg (2001) reconhecem que a incapacidade para desempenhar o autocuidado aliada à diminuição da interação social ou isolamento condicionam negativamente a satisfação com a vida. Vários autores elegem a autoestima, a autoeficácia e o autoconceito como componentes e fatores associados ao autocuidado (Chang, 2009; Jones & Riazi, 2011; Lee *et al.*, 2010; Robinson-Smith, Johnston & Allen, 2000; Zeleznik *et al.*, 2010).

Brock (2005) destaca outros fatores relevantes para a capacidade de autocuidado, nomeadamente fatores internos: a experiência de vida; as habilidades cognitivas e literacia; a condição de saúde; a capacidade funcional; o autoconceito; a autoestima; a satisfação com a vida; as estratégias de *coping*; o sistema de valores, crenças, e a volição. Como fatores externos, o mesmo autor destaca: o contexto sociocultural; as condições de vida/status económico; o suporte social; o acesso a serviços; a disponibilidade de equipamentos e o apoio dos profissionais de saúde.

Callaghan, 2005 reconhece como fatores extrínsecos que influenciam o autocuidado, a idade, género, estado de saúde, contexto sociocultural, sistema familiar, sistema de saúde, nível de escolaridade.

A satisfação demonstrada perante as instituições e profissionais de saúde espelha-se também na atitude da pessoa face ao autocuidado (Golin, DiMatteo & Gelberg, 1996; Sabaté, 2001). Os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, devem potenciar as capacidades de forma a promover a independência no autocuidado, através de: apoio psicoeducativo e instrumental; instrução e treino de habilidades e, assistindo na auto-

monitorização, ao nível da gestão do regime terapêutico (Brock, 2005; Holguín, Gázquez & Urrego, 2012). O conhecimento através da informação disponibilizada assume-se como essencial, uma vez que permite o desenvolvimento de confiança no desempenho das atividades do autocuidado (Holguín *et al.*, 2012). A família, os colegas de trabalho e os amigos são considerados fontes importantes de informação, de orientação e de apoio, no autocuidado (Brock, 2005; Obembe, Olaogun, Adedoyin & Lamidi, 2011), no entanto, os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro representa a principal fonte de conhecimento e as suas intervenções ao nível do autocuidado e autoeficácia potenciam a diminuição do síndrome depressivo e elevam a perceção da QV (Newton, Bell, Lambert & Fearing, 2002; Robinson-Smith & Pizzi, 2003).

1.3 Enfermagem na Promoção da Independência/Autonomia no Autocuidado após Acidente Vascular Cerebral

Analisando a literatura dedicada ao autocuidado, é notório que este conceito abrange uma dimensão muito ampla, pelo que a problemática se centra nas AVD, tais como higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se e mobilizar-se (Figueiredo, 2007). Por outro lado, associado ao conceito de autocuidado surgem frequentemente, quer na literatura, quer na prática, os conceitos de autonomia e independência, perspetivadas como sinónimos.

Segundo o ICN (2011, p.41), a autonomia reserva ao cliente o “*direito de auto-governança e auto-orientação*”. A autonomia é suscetível de ser restabelecida, embora o indivíduo permaneça dependente, pelo que ser autónomo não significa apenas ser independente de terceiros, mas implica manter o sentido de controlo da própria vida (Figueiredo, 2007). Assim, a autonomia refere-se à capacidade da pessoa em manter o seu poder de decisão, de controlo, de se governar pelas suas próprias leis enquanto que a independência compreende a capacidade de levar a cabo, pelos próprios meios, as AVD de forma independente, sem a ajuda de terceiros (Sequeira, 2007).

Ao longo do ciclo vital, as pessoas deparam-se com diversas alterações, com impacte individual e familiar, iniciando processos de transição, caracterizados por elevados níveis de stress, com repercussões na saúde e bem-estar, devido à vulnerabilidade e exposição a vários riscos (Meleis, 2007; Meleis, Sawyer, Messias & Schumacher, 2000). Neste sentido, o enfermeiro assiste as pessoas nos processos de transições que ocorrem ao longo do ciclo vital, intervindo nas diversas fases de um evento gerador de mudança (Meleis, 2007), apresentando-se como um recurso fundamental, ajudando a pessoa a

desenvolver competências e habilidades para que a transição ocorra com sucesso, mantendo níveis de saúde e bem-estar satisfatórios (Meleis, 2007; Meleis, Sawyer, Messias, Schumacher, 2000).

Na pessoa após AVC, os mecanismos de avaliação, a nível do processo e resultado, são essenciais para a prestação de cuidados de qualidade (Schwamm *et al.*, 2005). A avaliação deve ser *“completa, integral (...) devendo dar origem ao desenho de um plano individual de intervenção adaptado às necessidades de cuidados e com a identificação de objetivos terapêuticos”* (Nogueira, Henriques, Gomes & Leitão, 2007, p. 27). Tal como defende Proot *et al.*, (1998), a reconstrução da identidade, integrando défices, constitui o principal estímulo da pessoa após AVC (Schumacher, Jones & Meleis, 1999).

Quando as pessoas se deparam com a doença, é necessário desenvolver novos conhecimentos e capacidades, sendo a terapêutica de suplementação de papéis, fundamental para o processo adaptativo. Assim, o enfermeiro auxilia no processo de identificação dos comportamentos a desempenhar na nova situação e demonstra esses mesmos comportamentos (Schumacher *et al.*, 1999). Tendo em conta os défices após AVC e a influência destes a nível do desempenho das AVD, a identificação e a demonstração dos comportamentos a adotar são terapêuticas de enfermagem fundamentais a estabelecer no treino de recuperação, com o intuito de promover a independência e a autonomia (Strasser *et al.*, 2008). Por outro lado, a interação com outras pessoas que experienciam transições semelhantes e a realização de atividades em grupo, são também medidas terapêuticas que concorrem para facilitar a adaptação e o processo de recuperação e uma transição saudável (Proot, Abu-Saad, Oorsouw & Stevens, 2002; Schumacher *et al.*, 1999).

As unidades que habitualmente prestam cuidados a pessoas após AVC apresentam áreas funcionais e um conjunto de espaços físicos, definidos por legislação específica, de modo a assegurar a qualidade da prestação de cuidados (Nogueira *et al.*, 2007), contudo, o enfermeiro deve desenvolver estratégias adaptativas que promovam a gestão do ambiente domiciliário às novas necessidades da pessoa, sendo esta terapêutica extensível à família ou pessoas significativas (Schumacher *et al.*, 1999). Assim, a mobilização e a adequação de recursos, face às novas necessidades e desafios da pessoa que vivencia a transição, constituem uma importante terapêutica da equipa de saúde, destacando-se o importante papel do enfermeiro (Schumacher *et al.*, 1999).

Desta forma, os cuidados de enfermagem concentram o seu foco de atenção *“na promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida”* (OE, 2003, p. 5), tendo como objetivo fundamental a *“promoção da*

saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (OE, 2003, p. 7). Para a problemática em estudo, realça-se a intervenção ao nível da reabilitação e reinserção social, com vista à promoção da autonomia e independência no autocuidado. Assim, destaca-se o domínio de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, cujas intervenções apresentam como objetivos gerais *“melhorar a função, promover a independência e maximizar a satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima”* (OE, 2010, p. 1). Para tal, a mesma fonte, refere que a reabilitação enquanto especialidade interdisciplinar incorpora um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos e o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, enquanto perito em reabilitação, toma decisões baseadas no seu conhecimento e experiência acrescida pois *“concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”*(OE, 2010, p. 1).

No que concerne às doenças cerebrovasculares, assiste-se a uma crescente preocupação relativa ao desenvolvimento de programas de prestação de cuidados específicos, pretendendo melhorar a qualidade da assistência a pessoas com AVC (Booth, Hillier, Waters & Davidson, 2005; Kwan, 2007; Teasell, Foley, Bhogal, Chakraverty & Bluvol, 2005). Estes programas visam ajudar os profissionais de saúde na tomada de decisão clínica; aperfeiçoar a qualidade de atendimento; reduzir o tempo de internamento hospitalar e custos associados; otimizar a comunicação na equipa interdisciplinar e entre esta e a pessoa alvo dos cuidados; e progredir a nível da recolha de dados e respetiva documentação de suporte (Kwan, 2007).

Nesse sentido, reconhecem-se fatores inerentes à pessoa (local e extensão da lesão cerebral e estratégias de *coping*) e ao ambiente (estratégias dos profissionais de saúde, da família e das instituições de reabilitação) que influenciam a recuperação da autonomia pós-AVC (Bendz, 2000; Lowry, 2010; Musicco, Emberti, Nappi & Caltagirone, 2003; Proot, Abu-Saad, Esch-Janssen, Crebolder & Meulen, 2000). Assim importa também valorizar a forma como a pessoa experiencia a situação geradora de dependência e o processo de reabilitação, sendo a educação e o apoio fatores facilitadores do desenvolvimento de estratégias de *coping* (Bendz, 2000; Burton, 2003), contribuindo para uma transição saudável.

A literatura indica que o estado civil, a condição clínica, a consciencialização da condição de saúde, a vulnerabilidade e a motivação influenciam a recuperação pós-AVC (Bhandari, Kushel, Price & Schillinger, 2005; Green & King, 2009; Musicco *et al.*, 2003; Nguyen, Page, Aggarwal & Henke, 2007; Proot, Meulen, Abu-Saad & Crebolder, 2007). O estado civil destaca-se com particular importância, uma vez que o cônjuge, além de ser

uma figura familiar e de confiança, desempenha importantes funções a nível do suporte emocional, psicológico e financeiro (Nguyen *et al.*, 2007).

O suporte adequado dos profissionais de saúde e familiares, o apoio emocional e instrumental, a relação com as outras pessoas, a informação advogada, a melhoria da autoestima e o desejo de regressar ao domicílio constituem fatores que a investigação identifica como facilitadores da reabilitação pós-AVC (Chang, 2009; Proot *et al.*, 2000; Proot *et al.*, 2002). Já as rotinas e regras institucionais inerentes à prestação de cuidados, as limitações físicas, síndromes depressivas, a falta de privacidade, o afastamento ou redução de contacto familiar, os constrangimentos do tempo e a falta de informação e os serviços de reabilitação inadequados como por exemplo as iniquidades na distribuição de profissionais, recursos e camas e os tratamentos inadequados, inclusivamente após a alta constituem fatores inibidores do processo de transição (Lowry, 2010; Proot *et al.*, 2000; Proot *et al.*, 2002; Vincent-Onabajo, Lawan, Oyeyemi & Hamzat, 2012).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação visam a recuperação das capacidades e as funções orgânicas e motoras, bem como a integração da pessoa na sociedade e adaptação ao seu novo papel na dinâmica familiar, de forma a promover a autonomia/independência no desempenho das AVD, sendo estes cuidados perçecionados como aqueles com melhores resultados na sua recuperação da capacidade funcional (Figueiredo, 2007; Kneafsey, 2007; Lessmann, Conto, Ramos, Borenstein & Meirelles, 2011). Assim, a reabilitação é perspectivada de formas distintas entre profissionais de saúde e as pessoas alvo destes cuidados, no entanto, os cuidados de reabilitação devem centrar-se neste último, nos seus objetivos e planos, valorizando uma cooperação estreita com a família e prestadores de cuidados, contributos fundamentais na recuperação (Bendz, 2000; Cameron, 2013; Goulding, Thompson & Beech, 2004). Neste sentido, a evidência científica revela uma forte relação entre o sucesso da reabilitação e o grau de motivação e envolvimento da pessoa e família neste processo (Langhorne, Bernhardt & Kwakkel, 2011).

A reabilitação neurológica em enfermagem constitui um processo dinâmico, que envolve orientações para a saúde, apoiando as pessoas com incapacidades a alcançarem uma recuperação eficaz a todos os níveis: físico, mental, espiritual e social, viabilizando uma melhor QV, que inclui uma reaquisição da dignidade, do autorrespeito e da independência (Lessmann *et al.*, 2011). A mesma fonte reconhece a eficácia dos programas de reabilitação que envolvem enfermeiros, pela maximização das potencialidades das pessoas vítimas de AVC.

Desta forma, no processo de reabilitação após AVC a intervenção de enfermagem de uma forma estruturada, abrangente e ajustada às necessidades específicas dos

sobreviventes e dos seus cuidadores durante os primeiros seis meses após AVC, revelou uma melhoria a nível funcional, psicológico e emocional (Nir, Zolotogorsky & Sugarman, 2004). Assim, a intervenção dos enfermeiros, integrada em contexto interdisciplinar, constitui um recurso fundamental na reabilitação após AVC uma vez que promove a interdisciplinaridade e a complementaridade funcional (Erdmann, Schlindwein & Sousa, 2006; Poslawsky, Schuurmans, Lindeman & Hafsteinsdottir, 2010). O êxito no processo da reabilitação não obedece apenas a um conjunto de técnicas, mas também à sucessão, coordenação e interdisciplinaridade da atuação implicando uma abordagem integral que se traduz em ganhos em saúde e com impacte a nível da perceção QV (Menoita, 2012; SIGN, 2010), através da redução do impacte do AVC, a nível físico, psicológico e nos níveis de dependência (Langhorne *et al.*, 2011; O'Connor, Beden, Pilling & Chamberlain, 2011).

O estudo de Strasser e colaboradores (2008) reafirma a importância do programa de reabilitação pós-AVC durante o internamento em unidade de reabilitação aguda, constatando que as pessoas que participaram em programas de instrução e treino de habilidades obtiveram mais ganhos a nível da capacidade funcional e melhor desempenho no autocuidado, comparativamente aos que apenas receberam instrução teórica.

O programa de reabilitação para obter ganhos na capacidade funcional deve ser iniciado precocemente e intensivamente durante seis meses, em quatro dias por semana, com 90-120 minutos por sessão. No entanto, após seis meses, cerca de 65% dos pacientes, ainda não consegue usar o membro superior afetado, na realização das AVD (Cochrane, 2009).

De acordo com Glinsky, Harvey e Van (2007) o programa de reabilitação deve seguir várias fases, iniciando-se com o controlo dos movimentos do tronco, do ombro e da anca, seguido da intervenção ao nível dos membros com compromisso através de movimentos passivos, ativos assistidos e ativos. Segundo a mesma fonte o fortalecimento muscular com movimentos resistidos deverá efetuar-se quando a recuperação possibilitar. A sequência dos exercícios deve ser progressiva, assim como o treino de estratégias adaptativas habilidades para o autocuidado, como vestir/ despir, alimentar, higiene pessoal, com vista à máxima independência possível.

O treino precoce deve basear-se sobretudo na reabilitação funcional de acordo com as sequelas manifestadas como alterações da mobilidade, do tônus muscular, da função sensorial e do controlo postural, passíveis de intervenção através de mobilizações, treino de equilíbrio, correção postural, treino de marcha, fortalecimento muscular, cinesiterapia, treino cognitivo, reabilitação da fala, da deglutição e treino de AVD, bem como na rápida resolução de condicionantes (associados a medicação psiquiátrica e tipo de alimentação),

pois revelam-se fatores determinantes na obtenção de resultados após o AVC (Cochrane 2009; Horn *et al.*, 2005; Lang *et al.*, 2009; Musicco *et al.*, 2003).

As intervenções que promovem a reabilitação funcional integram várias técnicas como: o posicionamento em padrão anti-espástico, indução de restrições, estimulação sensorial e atividades terapêuticas como rolar no leito, fazer a ponte, mobilizações, transferência, treino de marcha controlada, treino propriocetivo e programa de exercícios para o domicílio (Menoita, 2012).

Langhorne *et al.*, (2011) também exploram os tratamentos específicos de reabilitação considerando o treino bilateral dos membros superiores, a terapia de aprendizagem e treinos vesicais; a terapia de indução e constrangimento do movimento, com treino de tarefas específicas, com o membro com compromisso e restrição do membro são; treino cardiovascular planeado e estruturado com exercício físico regular; terapia do desenvolvimento da imaginação, para induzir movimento; a terapia do espelho; o uso de ortóteses para prevenção de deformidades, redução de espasticidade e dor; a electroestimulação neuromuscular transcutânea com efeito no controlo da dor; treino em plataforma com movimento; treino de tarefas repetidas, com uma sequência; reforço muscular com exercícios de resistência progressiva; o robot de marcha rítmica e a passadeira com suporte de peso de corpo; produtos de apoio como bengalas, andador, tripés ou quadripés. A adoção de uma abordagem específica de reabilitação pode ser única ou múltipla como por exemplo a abordagem mista, que usa componentes de várias teorias e paradigmas, a teoria da aprendizagem motora ou ciência do movimento e a abordagem de tratamento neurofisiológico, como por exemplo a técnica de Bobath (Langhorne *et al.*, 2011).

A evidência científica revela que o ensino e treino dirigido para as AVD, possibilitam a obtenção de maiores ganhos na reabilitação após o AVC, conduzindo à maximização da capacidade funcional. Este facto assume-se como indicador de que a reabilitação a médio prazo, ao longo do primeiro ano, por exemplo, nas “*nursing homes*” em contexto internacional e na realidade nacional nas unidades de reabilitação constituintes da RNCCI, é fundamental para maximizar os *outcomes* das pessoas após AVC (Huijben-Schoenmakers, Gamel & Hafsteinsdottir, 2009).

A melhor eficácia dos planos de reabilitação dirigidos para o treino de marcha e equilíbrio é verificada nos programas estruturados constituídos por um ou mais ciclos, num total de 20 horas nas primeiras quatro semanas, incluindo o treino de marcha na rua ou em passadeira e percurso com obstáculos, associando exercícios que permitam ganhos de força e equilíbrio (Dobkin, 2005).

O estudo realizado por Lessmann *et al.*, (2011) comprova que a intervenção de enfermagem com atividades de reabilitação nomeadamente de estimulação sensitiva, motora, controlo postural, amplitude articular e treino de marcha, coexistindo sempre com ações de educação em saúde, conduzem à promoção da capacidade funcional para o autocuidado e à melhoria da percepção QV nas pessoas após AVC. O ensino e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado influencia a performance do mesmo, permitindo progredir de um estado de dependência para outro de independência (Sahebalzamani, Aliloo & Shakibi, 2009).

Um programa de exercícios para alcançar a máxima amplitude articular, concretizado por enfermeiros, revelou resultados positivos na melhoria da função física, e psicológica de pessoas acamadas por AVC (Tseng *et al.*, 2007). Quando surgem limitações na amplitude articular em pessoas com sequelas de hemiplegia após AVC, para além do plano de treino efetuado pela equipa de fisioterapia, a intervenção de enfermagem logo após o AVC, pode diminuir a atrofia muscular (Tamura *et al.*, 2011). Por outro lado, Morris e colaboradores (2004) na sua metanálise verificaram que os programas de treino de resistência progressiva permitem reduzir a incapacidade músculo-esquelética após AVC. Essas técnicas de fortalecimento muscular, devem ser integrados em programas de reabilitação para hemiplégicos por AVC, pois constituem uma significativa intervenção no aumento da força muscular e consequente melhoria da capacidade funcional (Ramas, Courbon, Roche, Bethoux & Calmels, 2007). Na revisão sistemática destes autores verificou-se que a maior preocupação das pessoas hemiplégicas e seus cuidadores são os ganhos no autocuidado andar, pois a marcha condiciona a independência no autocuidado e influencia o tempo de internamento e de retorno à vida social.

No processo de reabilitação após AVC, de forma a promover a autonomia e independência no autocuidado o enfermeiro integra também a preparação da alta e reintegração na comunidade, desta forma surge a necessidade de identificar o papel do FC. Nesta etapa do processo de reabilitação o enfermeiro valoriza o ensino de estratégias psicossociais e de *coping*, a adaptação da pessoa vítima de AVC aos cuidadores e vice-versa, facilitando assim o retorno à comunidade e o restabelecimento de um novo equilíbrio de papéis, mantendo elevados níveis de percepção de QV (Markle-Reid *et al.*, 2011). Assim sendo, os cuidadores familiares assumem-se também como alvo fundamental de intervenção da enfermagem de reabilitação após AVC, através da educação para a saúde e do treino para aquisição de habilidades com intuito de melhorar a percepção de QV através da promoção da independência funcional do familiar e da prevenção de reinternamentos (Simões & Grilo, 2012), sendo que a intervenção do enfermeiro especialista em

enfermagem de reabilitação junto dos FC torna-se essencial para a promoção do desempenho eficaz do seu papel.

1.4 A Transição da Família para o Papel de Prestador de Cuidados: Contributos da Enfermagem

A família é a instituição social mais antiga que ao longo dos tempos tem demonstrado transformações na adaptação à dinâmica social, garantindo a continuidade e a evolução dos seus membros. Esta desenvolve-se no equilíbrio do contexto de vida e da continuidade geracional, vivendo conjuntamente momentos de estabilidade e mudança (Araújo, Paúl & Martins, 2008; Augusto *et al.*, 2005).

A dinâmica da família modifica-se após a ocorrência de um evento gerador de dependência nomeadamente um AVC uma vez que esta patologia condiciona o desempenho independente do autocuidado (Araújo *et al.*, 2008) o que conduz à necessidade de cuidados a longo prazo, emergindo assim o papel de cuidador informal (Giacomin, Uchoa & Lima-Costa, 2005). Este facto origina uma situação de crise que requer uma reestruturação familiar e social na procura de resposta para garantir a continuidade de cuidados (Lopes, 2007). Esta situação de crise que se instala poderá ser atenuada de acordo com a capacidade da família em mobilizar os seus recursos.

O cuidado informal advém da prestação de cuidados regulares não remunerados a pessoas dependentes por parte de membros da sua rede social, sendo os cuidadores familiares os elementos fulcrais nesse processo, uma vez que existem em maior número e desempenham esse papel por longos períodos (Sousa *et al.*, 2006).

Na opinião de Giacomin *et al.*, (2005), a nomeação do cuidador informal decorre de uma dinâmica orientada por quatro fatores: o grau de parentesco (na sua maioria cônjuges e filhos); o género (frequentemente a mulher); a proximidade física (quem vive mais próximo do idoso) e a proximidade afetiva (determinada pela relação conjugal ou filial). Para assumir este papel de cuidador familiar estão implícitos motivos que podem ser intrínsecos ao idoso (estado de saúde e negação face à institucionalização), ao cuidador (dever moral/social, solidariedade, gratidão/retribuição, dependência financeira, estado civil e respeito pela vontade do idoso), ou associados à família (tradição familiar e a inexistência de outra resposta) (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010; Sousa *et al.*, 2006).

A prestação de cuidados continuados após o regresso a casa de pessoas dependentes é um direito essencial em que o cuidador informal assume papel de relevo

(Augusto *et al.*, 2005). Contudo para levar a cabo essa prestação de cuidados continuada é necessário uma adaptação ao papel de prestador de cuidados, concretizada pela aquisição de conhecimentos, capacidades e habilidades de forma a proporcionar uma gestão de cuidados adequada no domicílio promovendo o bem-estar e garantindo o êxito do regresso a casa da pessoa com dependência (Menoita, 2012).

Segundo o ICN (2011, p. 115) prestador de cuidados é o *“indivíduo que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente”*. Neste sentido, os enfermeiros têm como foco da sua prática a adaptação a este papel orientando o FC face aos obstáculos/necessidades com que se deparam no decurso deste novo papel (Araújo *et al.*, 2008; Ferreira, 2010). Para que ocorra esta adaptação de forma eficaz, o FC deve experienciar uma transição saudável. A transição *“é a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro. Refere-se tanto ao processo como ao resultado de um complexo de interações entre a pessoa e o ambiente.”* (Meleis & Trangenstein, 1994, p. 256). Esta surge quando um evento origina uma alteração nas perceções de si próprio e do meio envolvente conduzindo a uma mudança de condutas e das relações (Fonseca, 2004).

O FC, durante a transição para o exercício deste papel, experiencia várias fases: a fase aguda da doença do familiar, a fase de reabilitação, o regresso a casa e a fase de integração na comunidade. Durante esse percurso, o FC apresenta uma serie de necessidades de carácter material, como recursos financeiros e produtos de apoio; necessidades de carácter emocional, grupos de apoio emocional e aconselhamento; e de carácter informativo, sobre condição de saúde da pessoa, monitorização de sintomas e intervenção, assistência nos cuidados pessoais (autocuidado) e adaptações ambientais e arquitetónicas (Sousa *et al.*, 2006).

A prestação de cuidados por parte do FC é acompanhada de diversas dificuldades, sendo a maior exigência intrínseca ao ato de cuidar (Ekwall, Sivberg & Hallberg, 2007). No estudo de Cruz *et al.*, (2010) assumem-se como fatores dificultadores na prestação de cuidados informais, a vertente física, como a fadiga e o agravamento do estado de saúde do familiar; a vertente psicológica, como a rejeição do grau de dependência do idoso, sentimentos como prisão, solidão, tristeza, culpa, a relação problemática com o dependente e o aumento de stress, a vertente social e financeira, como o descontentamento perante a atuação da rede formal, o custo do serviço de apoio domiciliário e outras despesas, relacionadas com a não-remuneração. Outros obstáculos foram identificados no estudo de Fernandes (2009), como a obtenção das ajudas sociais, de

internamentos temporários objetivando o descanso do cuidador e a escassez de informação/divulgação sobre os recursos da comunidade.

Com vista a ultrapassar essas dificuldades os FC adotam estratégias de *coping* (Greenberger & Litwin, 2003), entre as quais se destaca o estabelecimento de prioridades bem como *“controlar as emoções”, “encarar a vida por etapas”, “relembrar os bons momentos partilhados com o idoso” e “procurar características positivas da situação”* (Ekwall *et al.*, 2007; Salin, Kaunonen & Astedt-Kurki, 2009). As crenças religiosas e a resignação são também expressivas do *coping* (Simonetti & Ferreira, 2008), tal como as experiências prévias de contacto com pessoas dependentes e o apoio formal e informal, que poderão facilitar a supressão dos obstáculos no processo do cuidar (Santos, 2008).

O impacte da prestação de cuidados à pessoa dependente pode ser encarado pelo cuidador como sendo algo satisfatório resultado de uma experiência de enriquecimento pessoal, de sentimento de dever cumprido e o reforço dos laços afetivos (Ekwall *et al.*, 2007; Sousa *et al.*, 2006). Por outro lado, esta tarefa acarreta efeitos negativos, sendo a sobrecarga uma dessas consequências. A sobrecarga do cuidador é definida como o *“conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, suscetíveis de afetar diversos aspetos da vida do individuo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional”* (Sousa *et al.*, 2006, p. 78).

O estudo efetuado por Chumbler, Rittman, Puymbroeck, Vogel e Qin (2004) que pretendeu estudar a associação entre o *“sentido de coerência”*, o nível de perceção de sobrecarga e os sintomas depressivos, um mês após o evento de dependência do seu familiar (AVC), em contexto domiciliário, concluiu que o *“sentido de coerência”* é inversamente proporcional ao nível de sobrecarga pelo exercício do papel e ao número de sintomas depressivos. Os mesmos autores verificaram também que o grau de dependência é preditor da existência de sintomas depressivos, uma vez que quanto maior for o grau de dependência maior será a evidência desses sintomas. Deste modo a intervenção dos profissionais de saúde deve ser direccionada para promover estratégias que atenuem os sintomas depressivos (Petronilho, 2008).

A sobrecarga emocional do cuidador relaciona-se com diversas variáveis: possuir mais que uma pessoa idosa a cargo; incremento da quantidade/ intensidade dos cuidados; grau de dependência do idoso; escassez de conhecimentos sobre a evolução do estado de saúde do idoso e/ou das técnicas inerentes ao cuidar; ausência de colaboração do idoso; isolamento social; recursos económicos diminutos; conflitos familiares; falha de apoio formal e informal; idade do cuidador e dificuldade na aceitação do seu papel (Andrade,

2009). Para além destes fatores, também as alterações comportamentais e cognitivas do idoso; a escolaridade e a vida profissional do cuidador; o impacto do cuidar a nível financeiro, laboral e social; e o impacto na saúde e bem-estar do cuidador constituem variáveis associadas com a sobrecarga do cuidador (Pereira & Filgueiras, 2008).

Segundo Ocampo e colaboradores (2007), a sobrecarga dos cuidadores é influenciada pelo grau de dependência do idoso, sendo que o mesmo estudo evidenciou também uma relação estatisticamente significativa entre a existência de doenças crónicas nos idosos dependentes e o nível de sobrecarga do FC. O alívio da sobrecarga pode passar por internamentos temporários do dependente em unidades, integradas na RNCCI objetivando o descanso através de uma pausa no exercício do seu papel (Cruz *et al.*, 2010).

Por outro lado, o planeamento da alta deve integrar um conjunto de ações da equipa interdisciplinar, de forma a identificar precocemente as necessidades físicas e psicossociais garantindo a transferência adequada de uma instituição para a comunidade ou para outra instituição, garantindo a continuidade de cuidados através do desenvolvimento de ações planeadas de ensino e treino não só da pessoa vítima de AVC, mas também do cuidador informal (Augusto *et al.*, 2005; Simões & Grilo, 2012).

O planeamento do regresso a casa definido por Petronilho (2007, p. 71) como sendo *“o conjunto de atividades que têm o propósito de ajudar os membros da família cuidadores a incorporarem no seu dia-a-dia comportamentos adequados, permitindo, deste modo, a adaptação aos novos desafios de saúde”*, não termina em meio hospitalar uma vez que é um processo contínuo e interdisciplinar. A continuidade dos cuidados e a preparação do cuidador informal poderá ser efetuada em contexto domiciliário ou em instituições especializadas.

Com vista a dar respostas aos utentes/famílias que carecem dessa continuidade de cuidados, surgiu regulamentada pelo decreto-lei 101/2006, a RNCCI que tem como objetivo geral *“(...) a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência “e especificamente “o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados (p. 3858)”*. Por outro lado, o desenvolvimento de um modelo de preparação da alta é imprescindível, verificando-se uma relação diretamente proporcional entre a preparação da alta e a perceção de QV dos FC. O deficiente desenvolvimento de competências do FC condiciona uma fraca qualidade de cuidados prestados bem como fraco suporte social e familiar (Grimmer, Moss & Gill, 2000). A preparação e o desenvolvimento de competências do FC devem alicerçar-se numa cooperação entre estes e as equipas de saúde, de forma a promover um regresso a casa

mais harmonioso, mais emocionante e menos penoso para os envolvidos, com intuito de diminuir as readmissões hospitalares (Bowles, Naylor & Foust, 2002; Turner, Fleming, Ownsworth & Cornwell, 2008).

A eficácia dos cuidados prestados pelos membros da família em contexto domiciliário é atingida através da preparação destes e apoio através de um plano de intervenção da rede formal que inclua toda a família, sobretudo, no período imediato ao regresso a casa (Sit, Wong, Clinton, Li & Fong, 2004), reconhecendo-se a importância dos cuidadores secundários. Essa preparação é conseguida através de programas individualizados com ênfase na educação para a saúde e visitas domiciliárias após a alta que segundo Shyu (2008) podem melhorar a prestação dos cuidadores de idosos com AVC bem como a satisfação das suas necessidades durante o processo de transição. Destaca-se que os programas educacionais dirigidos aos cuidadores devem ser incluídos em todos os contextos dos cuidados, nomeadamente na fase aguda, reabilitação e fase crónica (Cameron, 2013).

O estudo de Grasel, Schmidt, Biehler e Schupp (2006) conclui que os efeitos de um programa intensivo de preparação dos cuidadores de pessoas dependentes após AVC, que incluiu um fim-de-semana de cuidados terapêuticos, no qual foram integrados ensinamentos à pessoa vítima de AVC e família/cuidador, através de informação estruturada acerca da fase de reabilitação após a alta, podem persistir a longo prazo, ajudando os familiares a cuidarem do seu familiar dependente no domicílio e reduzindo a institucionalização e mortalidade. Desta forma tal como a evidência atual indica, o planeamento eficaz da alta hospitalar pode ser conseguido através de intervenções iniciadas muito antes do momento da alta e que incluam a educação, a comunicação interdisciplinar e entre os profissionais de saúde e os familiares, bem como o apoio contínuo após a alta (Bauer, Fitzgerald, Haesler & Manfrin, 2009).

Num evento gerador de dependência como o AVC o êxito da reabilitação é afetado pelo suporte familiar. Deste modo, a enfermagem e a enfermagem de reabilitação desempenha um papel crucial na transição da família para o novo papel, quer quando capacitam o dependente por AVC e maximizam a sua capacidade funcional, quer quando preparam os FC, para tomadas de decisão face a planos terapêuticos cada vez mais complexos ou quando favorecem a eficácia de *coping* face à sobrecarga emocional que advém desta árdua função (Simões & Grilo, 2012).

1.5 Revisão Sistemática da Literatura: Contributo para a Prática Baseada na Evidência em Enfermagem

A prática de cuidados de saúde baseada na evidência assume-se como estratégia fulcral na melhoria da qualidade de cuidados inserindo-se nas políticas de qualidade nos serviços de saúde. Esta prática pode ser definida como a utilização conscienciosa, explícita e criteriosa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica na tomada de decisão sobre os cuidados prestados a indivíduos ou grupos, tendo em consideração as necessidades e preferências individuais (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004; ICN, 2012).

O avanço da investigação em enfermagem conduziu ao desenvolvimento da profissão, uma vez que o conhecimento produzido é integrado na prática clínica, ao aperfeiçoar os padrões de qualidade dos cuidados otimizando os resultados em saúde (ICN, 2012). A enfermagem baseada na evidência é assim um instrumento para a tomada de decisão na prestação de cuidados, sustentada pela localização e integração dos melhores resultados científicos aplicáveis às diferentes dimensões da prática clínica, considerando não só as preferências das pessoas mas também valorizando a própria experiência, competências e juízo clínico do enfermeiro (Holleman, Eliens, Vliet & Achterberg, 2006; ICN, 2012).

Atendendo à crescente quantidade e complexidade de informação científica na área da saúde e o tempo limitado dos profissionais para analisarem toda essa panóplia de estudos, surge a necessidade de desenvolver processos que permitam integrar as evidências de um conjunto alargado de estudos primários realizados sobre uma problemática/terapêutica/intervenção específica, facilitando o acesso ao conhecimento necessário para as tomadas de decisão sobre os cuidados de saúde. Neste sentido, nas RSL os estudos são frequentemente hierarquizados atendendo ao nível de evidência produzida, face ao desenho do estudo e ao seu rigor metodológico (Bettany-Saltikov, 2012; Centre for Reviews and Dissemination, 2008).

Este método de investigação assume-se como recurso importante da PBE, uma vez que disponibiliza uma síntese das evidências que interligam uma estratégia de intervenção específica, utilizando métodos explícitos e sistematizados de pesquisa, apreciação crítica e resumo da informação selecionada (Galvão *et al.*, 2004; Ramalho, 2005).

A RSL apresenta-se como uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas com uma problemática específica e, frequentemente, envolve a avaliação da eficácia de uma intervenção na resolução do problema (Bettany-Saltikov, 2012; Galvão *et al.*, 2004),

sendo que as RSL contribuem também para a identificação de aspetos não explorados na investigação, sendo que estas lacunas podem conduzir a futuras pesquisas.

A RSL constitui uma técnica científica objetiva, reproduzível, eficiente e rigorosa limitando vieses em todos os aspetos da revisão (Bettany-Saltikov, 2012; Ramalho, 2005), o que a diferencia da revisão narrativa. Este método procura controlar os principais vieses, abarcando estudos de diferentes fontes que cumprem os critérios de inclusão previamente definidos, recorrendo a uma metodologia específica, formulando uma pergunta de investigação, utilizando protocolos pré-definidos e seguindo as etapas da metodologia científica (Ramalho, 2005).

A publicação do CRD (2008) preconiza três fases principais no processo de revisão sistemática: o planeamento, a execução e a apresentação/divulgação. Por sua vez, a publicação Cochrane Handbook para Revisões Sistemáticas de Intervenções (2011) elenca sete etapas na condução de uma RSL: formulação da pergunta de partida, localização e seleção dos estudos na literatura, avaliação crítica dos estudos, colheita de dados, apresentação e análise dos dados, interpretação dos resultados, aperfeiçoamento e utilização.

Independentemente do número de fases/etapas contempladas no processo de revisão, ambas as entidades e a literatura no geral, são consensuais no que se refere à necessidade de se estabelecer uma questão de partida objetiva e desenhar uma estratégia de pesquisa rigorosa que lhe responda (Sampaio & Mancini, 2007; Staples & Niazi, 2007; Subirana, Sola, Garcia, Gich & Urrutia, 2005). Esta estratégia, conforme refere Sampaio e Mancini (2007, p. 83) deve incluir *“a definição de uma estratégia de busca, o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos artigos e, acima de tudo, uma análise criteriosa da qualidade da literatura selecionada”*.

A RSL é baseada na formulação adequada e clara de uma questão e constitui a atividade mais importante na elaboração da revisão, proporcionando a direção para a execução das outras atividades relativas ao processo (Galvão *et al.*, 2004; Sampaio & Mancini, 2007). A estratégia PICO tem sido recomendada na construção da pergunta orientadora da pesquisa, porque a sua estruturação nos 4 elementos que a constituem (Participantes, Intervenção, Comparação e Resultados) é fundamental para a busca bibliográfica de evidências (Bettany-Saltikov, 2012; Sampaio & Mancini, 2007; Santos, Pimenta & Nobre, 2007).

Para a elaboração de uma RSL objetiva e reproduzível é deveras importante o estabelecimento prévio de critérios de inclusão e exclusão que conduzam a um estudo rigoroso e transparente. Estes critérios são definidos com base na pergunta que orienta a

revisão (Bettany-Saltikov, 2012; Sampaio & Mancini, 2007). Frequentemente surge uma componente adicional dos critérios de inclusão relativa ao tipo de estudo que serão incluídos na revisão. Desta forma quando a revisão sistemática pretende avaliar a eficácia de uma intervenção, o estudo randomizado controlado (ECR) é considerado o mais seguro para fornecer as melhores evidências (Galvão *et al.*, 2004).

De forma a garantir a inclusão de todos os estudos relevantes para a temática em causa é necessária a definição de termos ou palavras-chave bem como, das estratégias de colheita e das bases de dados científicas utilizadas na RSL (Sampaio & Mancini, 2007).

Para Wrigt e colaboradores (2007) a análise da qualidade dos estudos deve incluir a validade interna e externa, tendo a primeira como objetivo a minimização de viés do estudo e a segunda a generalização dos resultados. Segundo os mesmos autores um estudo com elevada validade interna pode não ser generalizável a outras populações, contudo num estudo que não apresente validade interna a validade externa será reduzida. Por outro lado, Jadad (1998) cit por Bettany-saltikov (2012) considera que na apreciação da qualidade metodológica dos ensaios clínicos randomizados devem ser incluídos outros aspetos para além da validade interna e externa, como a relevância da questão de investigação, adequação da análise de dados, a apresentação de resultados e os aspetos éticos.

A avaliação da qualidade dos estudos deve contemplar o recurso a instrumentos desenvolvidos para esse propósito, validados e que têm sido utilizados pela comunidade científica. De entre esses instrumentos destacam-se: a lista de Delphi (Verhagen *et al.*, 1998), a lista do Chocrane Back Review Group (Furlan, Pennick, Bombardier & van Tulder, 2009) e o *Critical Appraisal Checklist for Randomised and Pseudo-randomised Studies* do Joanna Briggs Institute (JBI, 2011).

2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Tendo em conta o objetivo orientador desta revisão e o estado de arte sobre o problema em análise, descrevem-se neste capítulo as opções metodológicas adotadas, nomeadamente a questão de partida, critérios de inclusão/exclusão, estratégia de colheita e análise de dados.

2.1 Tipo de Estudo

A RSL apresenta-se como a metodologia mais indicada para responder aos objetivos deste estudo que pretende evidenciar as intervenções de enfermagem e sua eficácia na promoção da autonomia/independência no autocuidado, na pessoa com AVC.

A RSL devem assentar numa metodologia específica e criteriosa, que visa minimizar viés, maximizar a precisão e possibilitar a sua replicação (Sampaio & Mancini, 2007; Staples & Niazi, 2007; Subirana *et al.*, 2005). Para tal é necessário a elaboração de um projeto de revisão sistemática que inclui a formulação da questão de investigação, definição de critérios de seleção, bem como delinear a estratégia de recolha de dados.

Uma vez que este estudo pretende conhecer a eficácia de intervenções de enfermagem, a nível da promoção da autonomia/independência no autocuidado, opta-se pela realização do estudo de acordo com os princípios metodológicos de uma RSL com base nas orientações da Cochrane Handbook para revisões sistemáticas de intervenções (Cochrane Collaboration, 2011).

Seguindo as boas práticas inerentes à elaboração de uma RSL (Cochrane Collaboration, 2011; CRD, 2008) a presente pesquisa contemplou a intervenção de três investigadoras independentes com conhecimento e experiência na área da pessoa vítima de AVC, nas etapas de seleção e análise dos estudos, bem como na avaliação da qualidade metodológica dos mesmos.

Por outro lado, as orientações sobre RSL reconhecem a pertinência de um grupo de peritos que efetuem considerações sobre a definição da metodologia (Bettany-Saltikov, 2012; CRD, 2008). Assim, todo o processo de construção da RSL foi acompanhado e revisado pelas orientadoras desta dissertação.

2.2 Questão de Partida

Esta RSL foi conduzida pela questão “Quais as intervenções de enfermagem e sua eficácia, na promoção da autonomia/independência no autocuidado na pessoa após AVC?”. O quadro 3 explicita a questão de partida, estruturada de acordo com a estratégia PICOD.

QUADRO 3: Construção da pesquisa através da estratégia PICOD

População	Intervenção	Comparação	Outcomes	Desenho de Estudo
Pessoas com idade > 40 anos com o 1º diagnóstico de AVC	Intervenções de enfermagem* e Programas de reabilitação orientados para a promoção da independência/autonomia no autocuidado após AVC integrando ou não o FC	Estudos que comparem diferentes tipos de programas (intervenções, duração, regularidade, intensidade, contexto); Estudos que comparem um programa com os cuidados habituais dos serviços de saúde	Autonomia/ Independência no autocuidado CF para AVD QV	Experimentais Quasi Experimentais RS de estudos experimentais /quasi experimentais

*as intervenções de enfermagem de reabilitação preconizadas pela OE destinam-se à “*melhoria das funções residuais, manutenção ou recuperação da independência nas atividades de vida, e minimização do impacto das incapacidades instaladas, nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades*” (OE, 2010, p.4).

2.3 Estratégias de Recolha de Dados

A estratégia de recolha de dados efetivou-se no período de Março a Abril de 2013, através das bases de dados referenciais: SCOPUS e EBSCO HOST que compreende várias publicações, tais como CINAHL, Nursing & Allied Health Collection Comprehensive, British Nursing Index, Cochrane Database of Systematic Reviews, Academic Search Complete. No sentido de concretizar uma pesquisa mais abrangente e incluir estudos primários portugueses, optou-se por também incluir o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), nas bases de dados selecionadas para a pesquisa. Para objetivar a identificação dos termos descritores relacionados a cada um dos componentes da estratégia PICO adotou-se o vocabulário descritor MeSH, tal como se verifica no quadro 4.

QUADRO 4: Descritores/ palavras-chave para pesquisa

Conceito 1	Conceito 2	Conceito 3
Nursing	Self Care	Stroke
Nursing interventions	Self-Care	Cerebrovascular disorder
Rehabilitation Programs	Self-Management	Intracranial hemorrhage
	Self-Management	Cerebral Ischemia
	Activities of daily living	
	ADL	
	Quality of life	
	HRQL	
	Independence	
	Autonomy	

O recurso a operadores booleanos permite realizar combinações entre os termos descritores que serão utilizados na pesquisa. Essa conjugação é efetuada através do operador booleano AND entre as diferentes categorias de conceitos, e o operador OR entre os conceitos da mesma categoria (quadro 5).

QUADRO 5: Combinação de descritores e operadores booleanos

Conceitos	Conceito 1	Conceito 2	Conceito 3
Operadores Booleanos	AND	AND	AND
OR OR OR OR OR	1 Nursing interventions 2 Rehabilitation Programs	4 Self Care 5 Self-Care 6 Self-Management 7 Self Management 8 Activities of daily living ADL 9 Quality of life 10 HRQL 11 Independence 12 Autonomy	14 Stroke 15 Cerebrovascular disorder 16 Intracranial hemorrhage 17 Cerebral Ischemia
	3: combinar 1 e 2 com OR	13: combinar 4-12 com OR	18: combinar 14-17 com OR
A última etapa é combinar os passos 3, 13, 18 com AND			

Desta forma, obteve-se a seguinte frase booleana:

("Nursing" or "Rehabilitation") AND ("Self Care" OR "Self-Care" OR "Self-Management" OR "Self Management" OR "Activities of daily living" OR "ADL" OR "quality of life" OR "Health-related Quality of Life" OR "HRQL" OR "Independence" OR "Autonomy") AND ("Stroke" OR "Cerebrovascular disorder" OR "Intracranial hemorrhage" OR "Cerebral Ischemia").

A pesquisa no RCAAP poderá ser efetuada através da frase booleana às características desta base de dados que não contempla operadores booleanos. Desta forma, definiram-se os seguintes termos de pesquisa: Enfermagem, Reabilitação, Acidente Vascular Cerebral, Autonomia, Independência, Autocuidado, Atividades da Vida Diária, Qualidade de vida.

Numa primeira fase da seleção dos estudos será efetuada a avaliação dos títulos e dos resumos identificados na pesquisa inicial cumprindo inexoravelmente os critérios de inclusão e exclusão definidos neste protocolo de pesquisa. Posteriormente proceder-se à leitura na íntegra dos artigos potencialmente relevantes, para não correr o risco de excluir artigos relevantes (Akobeng, 2005; Bettany-Saltikov, 2012).

2.4 Critérios de Inclusão/Exclusão

Os critérios de inclusão e exclusão basearam-se na pergunta orientadora da revisão elaborada com base na estrutura PICOD, bem como nos objetivos inicialmente traçados uma vez que se pretende garantir a qualidade metodológica dos estudos incluídos (quadro 6).

QUADRO 6: Critérios de seleção da pesquisa

Critérios de seleção	Inclusão	Exclusão
População Situação clínica	Pessoas com 40 ou mais anos vítimas de AVC e dependentes no autocuidado; Pessoas com estado cognitivo preservado.	Pessoas com idade inferior a 40 anos; Pessoas com dependência devido a outras patologias; Indivíduos com comprometimento do estado cognitivo que dificulte a adesão ao regime terapêutico.
Intervenção	Intervenções de enfermagem e/ ou programas de reabilitação, dirigidos para a promoção da autonomia/ independência no autocuidado, após AVC, em que as competências dos profissionais se adequem às competências do enfermeiro ou enfermeiro especialista em reabilitação, definidas pela OE.	Intervenções de enfermagem que não integrem a promoção da autonomia/independência no autocuidado; Programas de reabilitação em que as competências não correspondam às do enfermeiro/enfermeiro especialista em reabilitação (OE); Intervenções de enfermagem/programas de reabilitação que integrem a promoção da autonomia/independência noutras patologias.
Contexto do estudo	Qualquer contexto da prática de cuidados	
Outcomes	Independência no autocuidado (monitorizada por instrumentos validados); Capacidade para o desempenho das AVD; Perceção de QV; Perceção de bem-estar psicológico.	
Tipos de estudos	Experimentais/Quasi Experimentais; RSL de estudos experimentais/quasi experimentais.	Revisão de estudos observacionais; Estudos qualitativos; Estudos de caso; Estudos observacionais.

Foram ainda acrescentados os seguintes critérios de inclusão, remetendo para aspetos de publicações:

- Produções científicas publicadas posteriormente a 2002;
- Produções científicas publicadas e acessíveis em texto completo;
- Produções científicas que descriminem de um modo explícito a metodologia adotada: definam claramente os objetivos, seleção/alocação dos participantes, critérios inclusão/exclusão, o material utilizado, bem como, as suas

qualidades métricas, as intervenções que integram o programa, os procedimentos, bem como os resultados;

- Produções científicas, redigidos em inglês, espanhol e português.

A definição dos critérios expostos tem como objetivos reduzir e controlar possíveis vieses de publicação.

2.5 Procedimento de Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos Incluídos

Os estudos são classificados de acordo com um nível de evidência resultante do desenho de estudo e rigor metodológico. Desta forma, o Instituto Joanna Briggs (JBI) em 2011 define quatro níveis de evidência (quadro 7).

QUADRO 7: Níveis de evidência

Nível 1	Meta-análise de estudos experimentais Estudos experimentais	
Nível 2	Estudos quasi-Experimentais	
Nível 3	A	Estudos de coorte (com grupo de controlo)
	B	Estudos caso-controlo
	C	Estudos observacionais (sem grupo de controlo)
Nível 4	Opinião ou consenso de peritos	

Adaptado de Joanna Briggs Institute (JBI, 2011)

Para concretizar a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos efetuou-se a tradução e adaptação do instrumento de avaliação da qualidade do JBI, *Critical Appraisal Checklist for Randomised and Pseudo-randomised Studies*, instrumento também utilizado na revisão sistemática de Magalhães (2013), uma vez que permite uma avaliação crítica adequada ao desenho do estudo através de perguntas relevantes para avaliar o rigor metodológico dos estudos primários a incluir na RSL. O preenchimento da lista será efetuado previamente e consentido por todos os revisores participantes (JBI, 2011). Esta lista inclui dez itens para avaliar a qualidade metodológica (quadro 8). Cada item apresenta três opções de resposta: 1) sim, se esse critério se verifica; 2) não, se não se verifica e 3) não está claro, se não é possível avaliar a existência desse critério. Nesta RSL optou-se por não avaliar o item 10 que contempla a adequação da análise estatística ao tipo de variáveis medidas, pelo facto de os investigadores não se sentirem confortáveis a emitir juízos críticos rigorosos acerca deste item, pelo que se optou por reduzir possíveis vieses.

QUADRO 8: Lista de avaliação crítica para estudos experimentais

1- A distribuição dos participantes nos grupos foi aleatória?
2- Aos participantes foi ocultada a informação sobre a que grupo pertenciam (experimental ou controlo)?
3- A distribuição dos participantes nos grupos foi ocultada ao investigador?
4- Os resultados das pessoas que se perderam foram descritos e incluídos na análise?
5- Quem fez a avaliação dos resultados desconhecia a distribuição dos participantes nos grupos?
6- Os grupos de controlo e de tratamento eram comparáveis no início do estudo?
7- Os grupos foram tratados de forma idêntica exceto no que respeita às intervenções em causa?
8- Os resultados foram medidos da mesma forma para todos os grupos?
9- Os resultados foram medidos de forma confiável?
10- A análise estatística utilizada foi apropriada?*

(*) Item não avaliado no estudo

Adaptado do JBI (2011)

Embora a lista de verificação da qualidade metodológica dos estudos do JBI, não pontue os itens, os investigadores optaram por atribuir 1 ponto a cada item validado com SIM e zero pontos aos itens validados com NÃO ou NÃO ESTÁ CLARO, no sentido de classificar os estudos primários em três categorias (baixa qualidade; moderada qualidade; elevada qualidade) em função do score global obtido, de acordo com os pontos de corte definidos por Magalhães (2013). Os estudos pontuados entre 0-3 correspondem a estudos de baixa qualidade, os que obtiveram score global entre 4-6 representam estudos de qualidade moderada e os que pontuam entre 7-9 representam estudos de elevada qualidade.

A avaliação da qualidade metodológica realizou-se de forma independente por três elementos, de forma a garantir uma análise rigorosa, evitando viés.

Uma vez concluída a etapa que define a pretensão do estudo descrevendo o método que garanta a minimização de viés, a reprodutibilidade e a validade dos resultados, procedeu-se à fase seguinte, que diz respeito à concretização da RSL, objetivando a percepção da eficácia das diferentes intervenções de enfermagem na promoção da independência/autonomia no autocuidado, após AVC.

3 RESULTADOS

Neste capítulo é efetuada uma abordagem inicial que traduz a obtenção da amostra, a caracterização e análise dos estudos primários que a integram, de forma a responder à questão de partida da presente RSL.

3.1 Seleção dos Estudos Primários

A figura 3 descreve o processo de seleção dos estudos primários, baseado no cruzamento entre a pesquisa nas bases de dados, com os critérios de inclusão e exclusão definidos à priori. Após a seleção dos estudos primários foi efetuada uma síntese individual dos mesmos (Anexo 1).

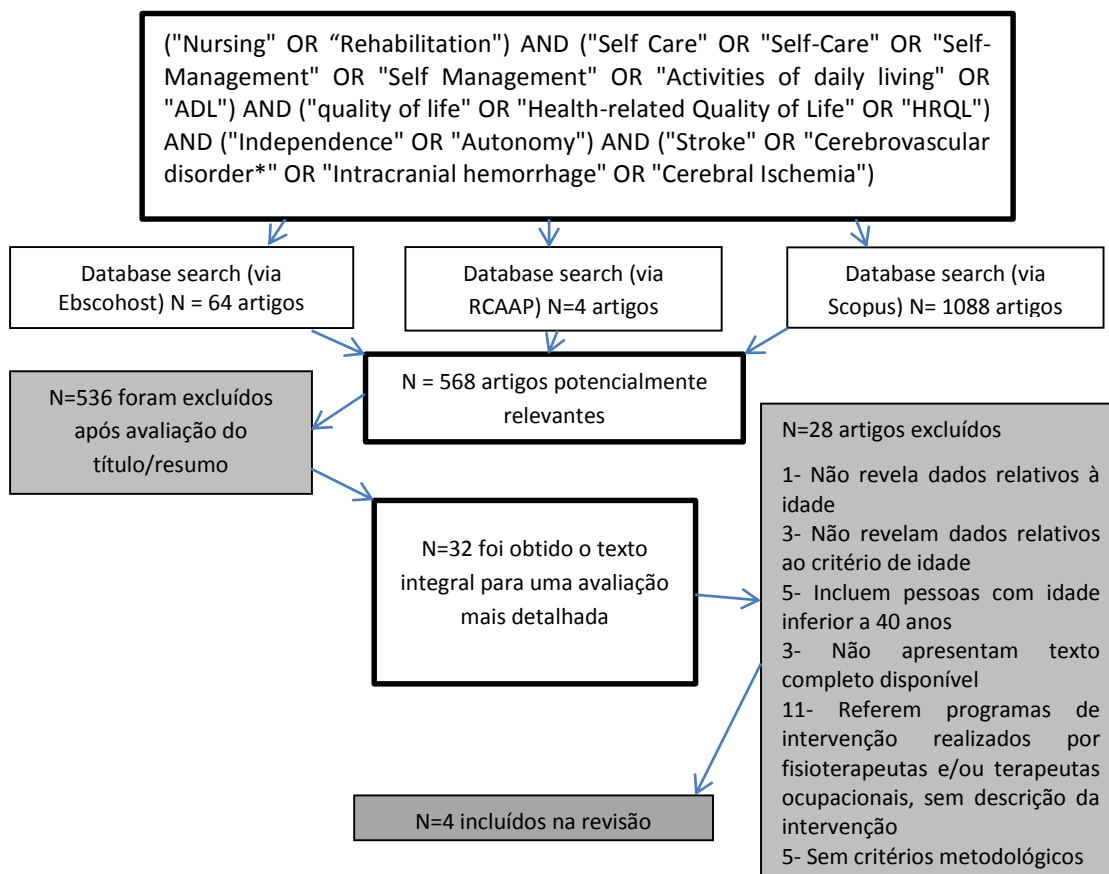


FIGURA 2: Fluxograma do processo de seleção dos estudos

3.2 Caracterização dos Estudos Primários

Os estudos primários incluídos na RSL foram desenvolvidos entre o período de 2005 e 2012, e maioritariamente na ásia oriental (China), sendo um realizado nos EUA e outro no Irão (quadro 9). Todos eles foram acedidos pela pesquisa via SCOPUS, apesar de a pesquisa ter sido também efetuada via Ebscohost e RCAAP. No que concerne à pesquisa efetuada nesta última base de dados foi possível obter quatro estudos, dos quais nenhum remete para a problemática do estudo: dependência em pessoas com AVC, sendo porém que todos evocam a importância da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação. Do resultado desta pesquisa salienta-se um estudo intitulado: “Independência funcional em idosos domiciliados: intervenção de enfermagem de reabilitação” (Ferreira & Martins, 2011) o qual teve como objetivo avaliar a (In) dependência funcional dos idosos residentes em contexto domiciliário, sujeitos a um programa de reabilitação, instituído por enfermeiros de reabilitação. Assim este estudo responde em parte à questão de pesquisa uma vez que pretende avaliar a eficácia de um programa de intervenção na independência funcional, mas não foi possível incluí-lo por não responder ao critério de inclusão relativo ao tipo de população: a pessoa vítima de AVC.

QUADRO 9: Estudos incluídos: Autor/ ano; Fonte; Localização e País de Origem

Estudo (E)	Autor/Ano	Fonte	Localização do artigo	País
E1: “Effects of a range-of-motion exercise programme”	(Tseng et al., 2007)	Journal of advanced Nursing	SCOPUS	China
E2: “The efficacy of self-care education on rehabilitation of stroke patients”	(Sahebalzamani et al., 2009)	Journal Saudi Med	SCOPUS	Irão
E3: “A prospective, randomized, single-blinded trial on the effect of early rehabilitation on daily activities and motor function of patients with hemorrhagic stroke”	(Bai et al., 2012)	Journal of Clinical Neuroscience	SCOPUS	China
E4: “Daily functioning and quality of life in a randomized controlled trial of therapeutic exercise for subacute stroke survivors”	(Studenski et al., 2005)	American Heart Association	SCOPUS	USA

Relativamente à metodologia dos estudos primários selecionados, apresentam o desenho de ensaio clínico randomizado e assumem todos o nível 1 de evidência científica de acordo com a grelha do Instituto Joanna Briggs (JBI, 2011) (Anexo 2).

Através da aplicação dos nove dos dez itens da checklist do JBI (2011) para avaliação da qualidade metodológica deste tipo de estudos, foi possível verificar que três apresentam um alto nível de qualidade, sendo o estudo E1 o único a apresentar pontuação

positiva em todos os itens do instrumento e os estudos E3 e E4 obtiveram respetivamente 7 e 8 pontos. Já o estudo E2 demonstra média qualidade metodológica com avaliação positiva em seis dos nove itens. Estes resultados são indicativos de uma homogeneidade na qualidade metodológica das respetivas investigações (quadro 10). Em dois estudos, E2 e E3, a ocultação da informação aos participantes e ao investigador acerca da distribuição dos sujeitos nos grupos não está clara, e no estudo E4 este item foi avaliado negativamente, sendo este o item com menor avaliação positiva entre os estudos primários.

QUADRO 10: Avaliação da qualidade metodológica dos estudos primários

JBI Checklist	Estudos			
	E1	E2	E3	E4
1- A distribuição dos participantes nos grupos foi aleatória?	S	S	S	S
2- Aos participantes foi ocultada a informação sobre a que grupo pertenciam (experimental ou controlo)?	S	NC	NC	N
3- A distribuição dos participantes nos grupos foi ocultada ao investigador?	S	NC	NC	S
4- Os resultados das pessoas que se perderam foram descritos e incluídos na análise?	S	S	S	S
5- Quem fez a avaliação dos resultados desconhecia a distribuição dos participantes nos grupos?	S	N	S	S
6- Os grupos de controlo e de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	S	S	S	S
7- Os grupos foram tratados de forma idêntica exceto no que respeita às intervenções em causa?	S	S	S	S
8- Os resultados foram medidos da mesma forma para todos os grupos?	S	S	S	S
9- Os resultados foram medidos de forma confiável?	S	S	S	S
Total (pontos)	9/9	6/9	7/9	8/9
Nível de Qualidade	Alto	Moderado	Alto	Alto

Legenda: S= Sim; N= Não; NC= Não está claro

Adaptado da lista do JBI (2011)

3.3 Resultados: Resposta à Questão de Partida

Na análise e interpretação dos resultados, é importante lembrar as questões base, que incitaram a esta pesquisa, apresentando diretamente uma estreita relação com os contributos da enfermagem na reabilitação da pessoa pós AVC. Após a análise dos estudos incluídos na RSL, verificou-se que existem aspetos heterogéneos entre os estudos primários que devem ser interpretados e compreendidos no sentido de alcançar a resposta à questão de partida. Embora todos eles pretendam evidenciar a eficácia das intervenções de reabilitação após AVC, a heterogeneidade patente prende-se sobretudo com o contexto sociocultural da população alvo, tipo e contexto de intervenção, variável (eis) de resultados e respetivos instrumentos de avaliação. Desta forma para concretizar a análise dos resultados, consideramos mais apropriada a identificação de características comuns e semelhantes e os aspetos relevantes dos estudos primários.

Segundo o JBI (2011), a este processo denomina-se síntese narrativa dos resultados uma vez que devido à heterogeneidade dos estudos incluídos na RSL não é possível efetuar uma análise estatística, sendo que os resultados deverão ser apresentados na forma descritiva. Tendo em conta as características similares dos estudos selecionados e os objetivos delineados anteriormente, os resultados serão apresentados e estruturados em função dos itens: programas de intervenção/ intervenções de enfermagem e eficácia dos programas de intervenção/intervenções de enfermagem.

3.3.1 Programas de Intervenção/ Intervenções de Enfermagem

Conforme se pode constatar pela análise do quadro 11, embora os programas implementados objetivem a promoção da autonomia e independência nas pessoas após AVC, o processo como pretendem alcançar esse desiderato é muito diversificado. A concorrer para esta variabilidade está o tipo/ natureza da (s) intervenção (oes), o *timing* em que se iniciam e o período de tempo em que se mantêm, a regularidade/intensidade, bem como o (s) contexto (s) de cuidados onde as intervenções são implementadas. Também as variáveis selecionadas para monitorização da efetividade dos programas, assim como a utilização dissemelhante de instrumentos para avaliar as variáveis *outcomes* convergem para a heterogeneidade constatada.

Os estudos diferem também em relação ao tamanho amostral, tipos de intervenção implementadas no grupo experimental e no grupo controlo. Estas dissemelhanças prendem-se, por um lado, com os vários aspetos inerentes ao desenho do estudo, nomeadamente o contexto da intervenção, profissionais envolvidos e o contexto sociocultural da população estudada e, por outro lado, refletem a própria política de cuidados de saúde de cada país onde os estudos foram implementados.

QUADRO 11: Estudos primários: amostra, objetivos, intervenções e resultados *major*

Estudo/ Amostra (N)	Objetivo	Grupo de Intervenção	Grupo de Controlo	Resultados <i>Major</i>
E1 N=59 (10 meses a 11 anos após AVC)	Avaliar um programa de exercícios de amplitude articular executados e supervisionados por enfermeiros de forma a promover a amplitude articular, a função, a atividade física bem como aspetos relativos à percepção da dor e sintomas depressivos, em pessoas com sequelas de AVC	Programa unidisciplinar que visa sessões de exercícios articulares supervisionado pelo enfermeiro e um programa em que o enfermeiro supervisiona e executa os exercícios, para que o participante atinja a máxima amplitude articular	Cuidados que não contemplam exercícios de amplitude articular	Ganhos significativos ao nível das amplitudes articulares, função física, percepção da dor e sintomas depressivos
E2 N= 80 (entre 7-15 dias após AVC)	Determinar a eficácia do ensino e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado durante a reabilitação de pacientes hemiplégicos com AVC após alta hospitalar	Programa de intervenção baseado na educação centrada para a promoção da autonomia no autocuidado: higiene; alimentação; vestir; continência intestinal e vesical; mobilidade; uso de cadeira de rodas e transferências, após alta hospitalar	Cuidados sem sessões de educação para a saúde	Ganhos na performance das ABVD e AIVD. Os participantes do grupo experimental apresentam ganhos superiores aos seus pares do grupo controlo à exceção da continência intestinal e vesical
E3 N= 364 (1 semana após AVC)	Determinar a eficácia da reabilitação precoce nas AVD e função motora em pessoas com AVC hemorrágico	Programa de intervenção realizado em três fases distintas. A reabilitação primária teve como objetivo treinar as AVD. A reabilitação secundária foi realizada durante o segundo e terceiro mês após o AVC e teve como objetivo desenvolver o equilíbrio e a marcha. A terceira fase da reabilitação objetivou a melhoria das AVD e as funções motoras	Intervenção médica interna	Ganhos ao nível de independência nas AVD no 1º, 3º e 6º mês após o AVC embora a melhoria significativa foi obtida no primeiro mês pós-AVC com uma intervenção média de 19 a 20 dias
E4 N=44 (30 a 150 dias após AVC)	Avaliar os efeitos dos exercícios terapêuticos nos primeiros 3 meses após AVC	O programa supervisionado por um terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta pós AVC, com alvo na força muscular, equilíbrio e resistência e incentivando o uso do membro superior afetado. Após a conclusão da intervenção, os participantes receberam material de instrução para continuação dos exercícios	Os cuidados habituais basearam-se nas intervenções de reabilitação de menor intensidade que visam uma sessão de 30 minutos em cada duas semanas, visando apenas educação para a saúde não contemplando exercícios de reabilitação	Os participantes intervencionados obtiveram ganhos acelerados no desempenho das AVD e QV em comparação com os seus pares que receberam os cuidados habituais, contudo esses ganhos dissiparam-se nos 6 meses após a intervenção

Amostra Estudada

Denotou-se que em relação ao número de participantes existe uma discrepância entre os vários estudos primários, salientando-se que apenas um estudo tem amostra superior a 100 participantes (E3).

Os estudos E1, E2 e E4 apresentaram como participantes, pessoas com sequelas de AVC e o estudo E3, teve como alvo da intervenção não só a pessoa com sequelas de AVC mas também os seus familiares cuidadores. No estudo E1 os participantes apresentavam sequelas de AVC nos 10 meses a 11 anos anteriores ao programa de intervenção, já nos outros estudos verificou-se que o evento de AVC era recente, tendo ocorrido no estudo E2 entre os 7 a 15 dias anteriores, no estudo E3 uma semana e no estudo E4, 30 a 150 dias.

Relativamente às características dos participantes de ambos os grupos, verificou-se que nos quatro estudos foi analisada a homogeneidade dos grupos com base na avaliação inicial, não se tendo observado diferenças significativas para as variáveis que podiam influenciar os resultados finais, nomeadamente a idade, o género e o número de dependência após AVC. No que respeita à capacidade funcional prévia (ao AVC) dos participantes para a realização das AVD, denota-se uma escassez de dados nos estudos, apresentando apenas o nível de dependência após o evento gerador de dependência (AVC). No quadro 12 explana-se com mais detalhe algumas características dos participantes de cada um dos grupos em cada uma das investigações.

QUADRO12: Caracterização (idade, género e nível de dependência) dos participantes dos estudos primários

Estudo	Grupo	Idade (M, DP)	Gênero		Dependência pós AVC
			Masculino	Feminino	
E1	Experimental 1	75,86±6,62	16	5	FIM -35,48 ±8,72
	Experimental 2	74,43±8,49	16	5	FIM -34,29 ±7,44
	Controlo	74,06±8,47	13	4	FIM -36,17 ±7,63
p		0,799	1,00		0,759
E2	Experimental	Entre 60 - 70	18	22	Dados não revelados
	Controlo		16	24	Dados não revelados
p		0,0001	0,0001		0,263
E3	Experimental	61,5±9,4	119	64	IB- 20
	Controlo	60,8±10,1	113	68	IB- 20
p		0,49	0,61		0,59
E4	Experimental	68,5±9,0	23	21	IB-89,2 Lawton&brody-21,2 FIM-81,0
	Controlo	70,4±11,3	27	22	IB-85,9 Lawton&Brody-20,5 FIM-79,7
p		>0,05	>0,05		

Legenda:

M: Média DP: Desvio Padrão

FIM: *Functional Independence Measure* (Keith, Granger, Hamilton & Sherwin, 1987)

IB:Índice de Barthel (0-100)(Mahoney & Barthel, 1965)

Em relação às características sociodemográficas, verificou-se que a idade dos participantes constitui um dos critérios de seleção em todos os estudos. Os estudos E1 e E4 não estabeleceram limite de idade máxima sendo respetivamente a idade ≥ 55 anos e ≥ 50 anos o critério de inclusão, já os estudos E2 e E3 limitaram a idade máxima, verificando-se 10 anos de diferença entre estes, o limite da idade mínima, tal como a presente revisão, situa-se nos 40 anos.

Analisando o quadro 12 verificou-se que a idades médias dos participantes nos grupos experimentais variaram entre 75,86±6,62 (E1), 61,5±9,4 (E3) e 68,5±9,0 (E4) e para o grupo controlo entre 74,06±8,47, 60,8±10,1 e 70,4±11,3 respetivamente no E1, E3 e E4. O estudo E2 apenas refere que a média da variável idade se compreende entre 60-70 anos.

Atendendo ao género, os participantes homens predominaram comparativamente às mulheres, com exceção do estudo E2.

O nível de dependência prévio ao AVC não constituiu uma variável nos estudos primários, no entanto três estudos avaliaram o nível de dependência antes de se iniciar a intervenção. Dos 3 estudos que fazem referência à independência prévia à intervenção (E1, E3, E4), verificou-se uma heterogeneidade, sendo que no estudo E1 os participantes apresentaram grave a moderada dependência nas AVD medida com a escala FIM, no estudo E3 os participantes mostraram uma dependência grave nas AVD avaliada através do IB, já no estudo E4, os resultados patenteiam uma leve dependência para as AVD nos elementos da amostra, quando avaliada com recurso ao IB, à FIM e à escala de Lawton & Brody na versão politómica (score varia entre 0-23 pontos).

No que respeita à literacia dos participantes das respetivas amostras dos estudos primários, apenas os estudos E1 e E2 fizeram alusão a este aspeto, sendo que os seus autores referem predomínio do nível elementar de educação na amostra do estudo E1 (52,5%) e, um nível baixo de educação (sem exposição dos dados estatísticos) no E2. Relativamente à variável “*estado civil*” também só os estudos E1 e E2 referiram os resultados, prevalecendo o estado viúvo (44,5%) e solteiro (40,7%) no estudo E1 e o casado no estudo E2 (sem referência a dados estatísticos).

No âmbito das variáveis clínicas, nomeadamente em relação ao hemisfério afetado pelo AVC, verificou-se que nos estudos E1 e E3 o compromisso do lado esquerdo é o mais frequente, com 52,5% no estudo E1 e 52,7% no estudo E3. No estudo E4 o hemisfério cerebral direito foi afetado em maior número, com 48,4%. O estudo E2 não faz referência a este aspeto.

Em relação à tipologia de AVC, dos 3 estudos que não tinham como critério de inclusão uma tipologia específica de AVC, apenas o estudo E4 faz alusão a esta característica, evidenciando-se um expressivo predomínio do AVC isquémico com 83 casos registados (89,3%). Já o estudo E3 definiu a tipologia de AVC como critério de inclusão, sendo incluídas apenas pessoas com sequelas de hemiplegia após AVC hemorrágico.

Contexto da Intervenção

Relativamente ao contexto de cuidados, *timing* e intensidade da implementação das intervenções, verificou-se heterogeneidade entre os estudos primários, conforme se pode observar no quadro 13.

Os estudos E2 e E4 apresentaram como cenário o contexto domiciliário, sendo as intervenções no estudo E2 dirigidas para o processo de transição para o domicílio através

do ensino e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado. Constatou-se que o estudo E3, privilegiou a sua operacionalização em ambos os contextos, iniciando-se no hospital (serviço de urgência, neurologia e fisioterapia) e prolongando-se no ambiente comunitário (domicílio ou em centros comunitários). O estudo E1 realizou-se em contexto de internamento numa unidade de longa duração.

O tempo entre o evento do AVC e o início da implementação do programa de intervenção variou entre os quatro estudos primários. O estudo E1 destacou-se pelo maior intervalo de tempo entre a ocorrência do AVC e o programa, ao demonstrar que o tempo variou entre os 10 meses a 11 anos, já nos outros estudos a intervenção foi mais precoce, sendo verificado no estudo E2 que o tempo decorrido variou entre 7 a 15 dias, no estudo E3 uma semana e no estudo E4 entre 30 a 150 dias. A duração do programa de intervenção variou entre 1 mês e seis meses com grande variabilidade na intensidade das sessões como se verifica no quadro 13.

Todos os estudos elegeram uma abordagem individualizada com implementação de intervenções presenciadas e supervisionadas.

QUADRO 13: Contextos de intervenção, *timing* da implementação e intensidade das intervenções nos estudos primários

Estudo	Contexto da intervenção e <i>timing</i> da sua implementação
E1	Intervenções realizadas numa unidade de longa duração, que visam um programa de exercícios de amplitude articular, realizado durante quatro semanas, duas vezes por dia, seis dias por semana com a duração aproximada de 10-20 minutos, que visam um programa de exercícios de amplitude articular
E2	Intervenções implementadas no domicílio e iniciadas após a alta hospitalar durante 45 dias, em 6-8 sessões com duração de 2 horas, que visam o acompanhamento no processo de transição através de intervenções educativas para o autocuidado
E3	Intervenções iniciadas em contexto hospitalar (serviço de urgência, neurologia e fisioterapia) e prolongando-se no ambiente comunitário (domicílio ou centros comunitários) nos primeiros 6 meses após AVC. O programa de reabilitação contempla intervenções dirigidas para a promoção da autonomia no autocuidado através do ensino/treino de estratégias adaptativas para o autocuidado e funções motoras à pessoa dependente bem como ao FC, distribuídas nos 3 momentos que sustentam o programa
E4	Intervenções realizadas no período pós-alta hospitalar, no domicílio, entre os 30 a 150 dias após AVC, em 36 sessões durante 3 meses, supervisionadas e incentivadas pelo terapeuta ocupacional. Após a conclusão da intervenção, os participantes receberam informação escrita para o exercício continuado

Profissionais envolvidos nos programas de intervenção

Analisando os estudos primários verificou-se que existem estudos unidisciplinares e interdisciplinares. O estudo E3 visou um programa interdisciplinar desenvolvido por uma equipa que integrou fisioterapeuta, terapia ocupacional e enfermeiro. Os restantes estudos

integram programas unidisciplinares, realizados por enfermeiros (E1 e E2) ou fisioterapeutas/terapeutas ocupacionais (E4).

O estudo E4 onde apenas os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais assumem o papel interventivo foi incluído nesta RSL devido ao facto das intervenções implementadas se encontrarem descritas com pormenor e apresentarem integridade referencial relativa ao domínio de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação definidas pela OE (2010).

Os estudos E1 e E2, que representam 50% dos estudos incluídos nesta revisão, foram desenvolvidos exclusivamente por enfermeiros.

Intervenções com uma abordagem interdisciplinar foram realizadas no estudo E3. Este estudo contempla um programa de reabilitação nos primeiros 3 meses após AVC e contemplou três fases distintas, desenvolvidas por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e um plano de reabilitação na comunidade que visa a adaptação ao domicílio, o qual foi concretizado por enfermeiros.

Tipo de Intervenção

Ao analisar as intervenções implementadas e avaliadas nos diferentes estudos, denota-se uma diversidade na sua tipologia, ainda que, os objetivos pretendidos sejam muito similares, visando a promoção da autonomia e independência após AVC, tal como se verifica no quadro 14.

QUADRO 14: Intervenções para a promoção da autonomia e independência após AVC

Estudo	Intervenção	Intensidade/ Regularidade
E1	<ul style="list-style-type: none"> Ensino e treino de exercícios de amplitude articular à pessoa com AVC Sessões de exercícios presenciais, supervisionadas (grupo intervenção 1) e assistidas (grupo intervenção 2), realizadas individualmente 	Repetições de cinco vezes por articulação, duas vezes por dia, 6 dias por semana, durante 4 semanas. Cada sessão com duração de cerca de 10-20 minutos
E2	<ul style="list-style-type: none"> Ensino e treino de estratégias adaptativas para os autocuidados: higiene; banho; nutrição; uso do sanitário; arranjar-se; vestir; controlo intestinal/vesical; mobilidade; uso de cadeira de rodas e transferências Guia/manual de instrução acerca das estratégias adaptativas para o autocuidado 	Programa decorreu durante 45 dias, integrando 6 a 8 sessões com a duração de 2 horas/ sessão
E3	<p>1ª Fase</p> <ul style="list-style-type: none"> Programa individualizado de cuidados Treino de AVD Treino de exercícios para hminegligência, défices de linguagem, deglutição e disfunção vesical/intestinal <p>2ª Fase</p> <ul style="list-style-type: none"> Treino de equilíbrio e marcha <p>3ª Fase</p> <ul style="list-style-type: none"> Continuidade do processo de reabilitação no domicílio Reforço treino de AVD e das funções motoras Ensino /treino dos FC no reforço do treino de estratégias adaptativas para a AVD e funções motoras do familiar dependente 	<p>1ª Fase</p> <ul style="list-style-type: none"> 1º mês após AVC, após 24 horas da admissão, 45 minutos por dia, 5 dias por semana <p>2ª Fase</p> <ul style="list-style-type: none"> 2º e 3º mês após AVC <p>3ª Fase</p> <ul style="list-style-type: none"> 4º ao 6º mês após AVC
E4	<ul style="list-style-type: none"> Exercício de força muscular do membro superior e inferior com compromisso utilizando elásticos e peso corporal Treino de equilíbrio Treino de resistência através do recurso à bicicleta Treino da extremidade superior afetada Guia/manual de instrução para continuidade dos exercícios 	Decorreu em 36 sessões durante 12 semanas

Perante a descrição das intervenções verificou-se que a promoção de independência no autocuidado surge na maioria dos estudos como o principal foco de intervenção de enfermagem (E2,E3,E4), uma vez que o ensino e treino de estratégias adaptativas para diferentes domínios do autocuidado constituem as intervenções *major* dos programas.

Por outro lado, reconhecem-se intervenções no âmbito do ensinar, instruir e treinar exercícios de reforço muscular e proprioceptivo, amplitude articular, equilíbrio, marcha e heminegligência. Estas intervenções apesar de não serem dirigidas diretamente para o treino do autocuidado, visam a melhoria da capacidade funcional no desempenho das AVD.

O estudo E3 incluiu no programa de reabilitação uma fase de intervenção dirigida para o planeamento da alta garantindo a continuidade da prestação de cuidados de reabilitação no regresso a casa desenvolvendo competências no FC para a continuidade do processo de reabilitação dos familiares dependentes, através do ensino/treino de AVD e exercícios dirigidas para a função motora e ensino/treino de estratégias adaptativas para o autocuidado.

No que respeita à vertente educativa das intervenções, para além das intervenções já descritas, realça-se que nos estudos E2 e E4 foi fornecido um guia/manual de educação para a saúde para reforçar as intervenções relativas ao ensinar/instruir estratégias adaptativas para autocuidado, no primeiro estudo, exercícios de reforço muscular do membro superior e inferior com compromisso, equilíbrio e resistência, no segundo estudo. O objetivo principal deste material educativo é assegurar a continuidade dos cuidados após a intervenção dos profissionais, principalmente no ambiente domiciliário.

O estudo E3 destacou-se pela importância de desenvolver um programa de reabilitação ajustado às necessidades e habilidades de cada participante através da avaliação da sua condição física e mental de forma a definir objetivos terapêuticos com a pessoa dependente e família.

3.3.2 Eficácia das Intervenções/ Programas de Intervenção

A identificação e quantificação dos resultados obtidos com a implementação de intervenções de enfermagem/programa de intervenção, conduziu à definição de *outcomes* e instrumentos sensíveis à sua avaliação.

Avaliação da Eficácia das Intervenções/ Programas de Intervenção

Apesar da diversidade nas intervenções patentes nos estudos primários, observou-se similitude nas variáveis de resultado entre os estudos, denotando-se no entanto, uma dissemelhança entre os instrumentos utilizados para as mensurar (quadro 15). De realçar

que os estudos primários fazem referência à tradução e validação dos instrumentos selecionados para avaliar as variáveis resultado, o que constitui um requisito de rigor metodológico que confere validade e fiabilidade aos resultados.

Todos os estudos avaliaram o impacto das intervenções ao nível da independência funcional através da capacidade funcional e performance física e em dois estudos (E1 e E4) o efeito das intervenções foi também avaliado ao nível da qualidade de vida percebida pelos participantes. Em dois estudos (E1 e E3) foram ainda definidos resultados secundários, que embora não respondam diretamente à questão de partida orientadora desta RSL, têm pertinência face à capacidade funcional/independência no autocuidado. Os *outcomes* secundários são: amplitude articular; dor e défices motores e sensoriais.

Assim, no quadro 15, apresentam-se os *outcomes* primários e secundários, bem como os instrumentos utilizados em cada investigação para a avaliação da eficácia das intervenções/ programas.

QUADRO 15: Variáveis de resultado e instrumentos de avaliação utilizados nos estudos primários

Estudos	Outcomes primários/ instrumentos de medida		Outcomes secundários/instrumentos de medida
E1	Independência para o autocuidado/ Performance Física: - Functional Independence Measure (FIM TM- ADL subscale)	Sintomas depressivos: -Geriatric Depression Scale (GDS 15)	Amplitude articular: -Avaliação de 17 ângulos em seis articulações Dor na mobilização: -Auto-perceção da dor (Indolor-0; Pouca dor-1; Dolorosa-2)
E2	Independência para o autocuidado/ Performance Física: -Escala de Lawton e Brody; -Índice de Katz		
E3	Independência para o autocuidado/ Performance Física: -Índice de Barthel		Défices motores e sensoriais após o AVC: -Simplified Fugl-Myere assessment scale (FMA), na admissão, 1º; 3º e 6º mês após AVC
E4	Independência para o autocuidado/ Performance Física: -Functional Independence Measure (FIM); -Índice de Barthel; -Escala de Lawton e Brody	Perceção da QV: -Stroke Impact Scale (SIS); - SF-36	

Observa-se no quadro 15 que a variável outcome predominante, na avaliação dos programas é a independência funcional para o desempenho do autocuidado, monitorizada pela FIM, IB e escala de Lawton e Brody.

A FIM foi utilizada no estudo E1 e E4 e determina a severidade da incapacidade da pessoa dependente. Em termos clínicos esta escala é utilizada na mensuração do progresso da pessoa dependente no processo de reabilitação permitindo avaliar a evolução dos resultados. Esta escala tem sido utilizada em diversos países e é um recurso no universo da reabilitação do AVC, incluindo 18 itens, dos quais 13 contemplam o domínio físico baseado no Índice de Barthel e 5 itens referem-se ao domínio cognitivo. Cada item é pontuado numa escala de Likert, de 1 a 7 mediante o nível de independência, em que 1 representa a dependência total e 7 indica independência, sendo que o score global varia entre 18-126 pontos, em que 18 revela dependência na concretização das AVD e 126 corresponde a independência (Keith *et al.*, 1987).

Nos estudos E3 e E4 é utilizado o IB, este instrumento avalia o nível de independência na realização de dez atividades básicas de vida: *alimentação, transferências, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, mobilidade, subir/descer escadas, vestir/despir, controlo de esfíncter urinário e intestinal*. Na versão original o score total varia de 0 a 100 (Mahoney & Barthel, 1965) em que a pontuação zero corresponde a dependência total para todas as AVD avaliadas e o score de 100 é indicativo de máxima independência para as mesmas AVD.

No estudo E4, para além do IB e da FIM foi utilizada a escala de Lawton e Brody para avaliação da autonomia nas AIVD, compreendendo ações mais complexas, como cozinhar, arrumar a casa, telefonar, lavar a roupa, utilização de meios de transporte; ir às compras, responsabilidade com a medicação, cuidar das finanças domésticas. O score global varia entre 0 e 8 pontos, sendo para cada AVD definido o grau de dependência (score 0) ou independência (score 1) (Lawton & Brody, 1969). O estudo E2 recorreu à escala de Lawton e Brody para avaliar as AIVD, e para avaliar a autonomia na realização das atividades básicas da vida diária, os autores optaram pelo índice de Katz. Este instrumento de avaliação integra as AVD básicas: banho, vestir, uso do sanitário, transferências, controlo de esfíncteres e alimentação. O score global compreende-se entre 0-6 pontos, cada AVD é classificada como dependente (score 0) e independente (score 1) (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963).

A velocidade da marcha na comunidade também constitui uma das variáveis de resultado da independência funcional para as AVD avaliadas no estudo E4, tendo sido utilizado o ponto de corte estabelecido por Lord, McPherson, McNaughton, Rochester e

Weatherall, (2004). A avaliação consistiu no registo do número de participantes que apresentaram velocidade da marcha $\geq 0,8$ m/s. Assim, verificou-se que em 56,8% dos participantes do grupo de intervenção e 42,6% dos participantes do grupo de controlo obteve velocidade de marcha $\geq 0,8$ m / s, o que representa um benefício da intervenção de apenas 14%.

O estudo E4 contemplou na avaliação da QV, a escala SIS (Stroke Impact Scale) desenvolvida por Duncan e colaboradores (1999), cujo intuito é a avaliação do impacto do AVC no estado de saúde da pessoa, bem como a medição do impacto dos cuidados de saúde dirigidos à pessoa com AVC. Esta escala é constituída por nove dimensões: força; função da mão; mobilidade; AVD/AIVD; memória, comunicação; emoção; participação social e função física. A pontuação de cada uma das dimensões apresenta-se numa escala de orientação positiva de 0 (máximo impacto) a 100 (ausência de impacto). Através desta escala é ainda possível obter a perceção de recuperação, onde a pontuação 0 corresponde a nenhuma recuperação e a pontuação 100 a completa recuperação (Gonçalves, Gil, Cavalheiro, Costa & Ferreira, 2012).

A avaliação da perceção da QVRS realizada através do questionário SF-36 desenvolvido por Ware & Sherbourne (1992) foi utilizada também no estudo E4. Segundo O'Sullivan e Schmitz (2004), o SF-36 é um instrumento com alta fiabilidade na avaliação da QV. Este instrumento é composto por 36 itens, divididos em 8 domínios: *capacidade funcional, limitação por aspetos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspetos sociais, emocionais e saúde mental*, apresentando um score global entre 0 (perceção de um baixo estado de saúde) e 100 (perceção de um alto estado de saúde) (Ware & Sherbourne, 1992).

Os sintomas depressivos foram avaliados através da GDS no estudo E1. Esta escala foi testada e usada extensivamente com a população mais velha por Yesavage *et al.* (1982). A versão mais curta de GDS consiste num questionário com 15 perguntas, sendo que o score varia entre 0 e 15 em que entre 0-4 corresponde à normalidade, 5 a 8 indica depressão leve, 9 a 11 indica depressão moderada e 12 a 15 indica depressão grave.

A avaliação da intervenção a nível dos défices motores e sensoriais após o AVC foi observada no estudo E3, através da *Simplified Fugl-Meyer assessment scale* (FMA) desenvolvida por Fugl-Meyer, Jaasko, Leyman, Olsson & Steglind (1975). A avaliação de Fugl-Meyer *et al.* (1975) indica o comprometimento específico do AVC através da avaliação da função motora (nas extremidades superiores e inferiores), do equilíbrio (de pé e sentado), da sensibilidade, amplitude e dor articular em pessoas hemiplégicas pós-AVC (Fugl-Meyer *et al.*, 1975; Gladstone, Danells & Black, 2002).

Resultados e Eficácia das Intervenções/ Programas de Intervenção

A promoção da autonomia e independência no autocuidado após AVC surge nos estudos primários como o resultado *major* que reflete a eficácia das intervenções/programas de intervenção (quadro 16).

QUADRO 16: Eficácia/resultados das intervenções/Programas de intervenção

Estudos	Resultados
E1	Os participantes dos grupos de intervenção apresentaram maior amplitude articular, menor percepção da dor, mais independência funcional e diminuição dos sintomas depressivos comparativamente aos seus pares que receberam os cuidados habituais ($p < 0,05$); O grupo de intervenção II apresentou uma amplitude articular estatisticamente superior comparando com o grupo de intervenção I ($p < 0,01$).
E2	Verificou-se que o grupo experimental obteve maiores ganhos no desempenho do autocuidado ($p = 0,0001$). Essas diferenças foram obtidas em todos os autocuidados com a exceção da continência intestinal/fecal em que 57,5% da amostra do grupo experimental e 45% do grupo de controlo apresenta ganhos.
E3	O grupo experimental apresentou ganhos na independência funcional e função motora. As pontuações de FMA foram significativamente mais elevadas no grupo experimental no 1º, 3º e 6º mês após o AVC ($p < 0,05$), verificando-se uma melhor recuperação da função motora. As pontuações da IB também aumentaram ao longo dos 6 meses e foram significativamente superiores no grupo experimental ($p < 0,05$); A mais significativa melhoria observa-se no 1º mês pós- AVC com uma média de 19 a 20 dias de intervenção. Após esses dias a taxa de recuperação diminui gradualmente e atinge um patamar ao final de seis meses.
E4	O grupo de intervenção apresentou melhoria significativa em relação ao grupo de controlo na SF-36 função social ($p = 0,0051$) e SIS ($p = 0,0003$), emoção ($p = 0,0240$), na participação social ($p = 0,0488$), e função física ($p = 0,0145$). A intervenção foi mais eficaz na independência funcional ($p = 0,0510$), SF-36-capacidade funcional ($p = 0,0586$), no desempenho físico ($p = 0,0708$) e na SIS na função da extremidade superior ($p = 0,0790$). Seis meses após ter terminado a intervenção os efeitos foram atenuados. O programa de exercícios de reabilitação resultou em ganhos elevados nas AVD e qualidade de vida. A proporção de participantes considerados independentes no autocuidado (índice de Barthel ≥ 95), após o período de intervenção foi de 67,4 % no grupo de intervenção de 45,7% no grupo de cuidados habituais (diferença de 21,7%). A capacidade de marcha em ambulatório na comunidade (velocidade da marcha $\geq 0,8$ m /s) foi alcançada em 56,8 % dos participantes do grupo de intervenção e 42,6% dos participantes do grupo dos cuidados habituais. O benefício a longo prazo foi avaliado em 80 participantes, 6 meses depois da intervenção, verificando-se a dissipação da eficácia.

A eficácia das intervenções em todos os estudos revelou-se nos ganhos significativos no desempenho do autocuidado ($p = 0,015$; $p = 0,0001$; $p < 0,05$; $p = 0,0510$, respectivamente nos estudos E1;E2;E3;E4).

No estudo E1, no desempenho do autocuidado evidenciou-se o retrocesso em 23,5% dos participantes submetidos aos cuidados habituais ($n = 17$), enquanto dois participantes do grupo de intervenção I (9,5%) e seis no grupo de intervenção II (28,6%) demonstraram progressos no desempenho do autocuidado atingindo o score máximo da FIM. Foram registadas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos após intervenção ($p < 0,015$), em que os grupos de intervenção apresentaram melhores

resultados, porém entre os dois grupos de intervenção não foram verificadas diferenças significativas.

No E2 as diferenças observadas entre o grupo experimental submetido a um programa educativo após alta hospitalar, focalizado nos autocuidados (higiene; alimentação; vestir; continência intestinal e vesical; mobilidade; uso de cadeira de rodas e transferências) e o grupo controlo que recebeu cuidados de saúde habituais, foram significativas em todos os domínios do autocuidados com exceção da continência intestinal/fecal.

No estudo E3 a pontuação do IB aumentou ao longo dos 6 meses da intervenção, sendo significativamente superior no grupo experimental comparativamente ao grupo controlo, no 1º, 3º e 6º mês após AVC ($p < 0,05$ em todos os momentos avaliativos). A terceira fase do programa de intervenção decorreu entre o 4º e 6º mês no domicílio, sendo os FC os principais agentes do processo de reabilitação. Deste modo, foi possível verificar ganhos durante este período de tempo na independência funcional para as AVD em ambos os grupos, note-se que no grupo experimental foram significativamente superiores face ao grupo de controlo ($p < 0,05$).

O estudo E4, que contempla um programa de reabilitação dirigido para promoção da independência na concretização das AVD e melhor perceção da QV, demonstra que no início da intervenção, os participantes avaliados com recurso ao IB, apresentavam, em média, dependência reduzida nos autocuidados tanto no grupo de intervenção ($M: 89,2 \pm 11,8$) como no grupo de controlo ($M: 85,9 \pm 11,0$). Após a intervenção (3 meses), a proporção de participantes considerados independentes no autocuidado ($M \geq 95$) foi de 67,4 % no grupo de intervenção e 45,7% no grupo de controlo, destacando-se que os benefícios da intervenção foram atenuados seis meses após a intervenção.

No que concerne à perceção da QVRS, o estudo E4 demonstra que os participantes do grupo experimental expressaram no domínio da capacidade funcional da SF-36 perceções significativamente melhores, comparativamente aos seus pares do grupo controlo ($p=0,0586$). Neste estudo, a melhoria significativa na perceção da QV do grupo de intervenção comparativamente ao grupo de controlo foi verificada nos domínios da função social do SF-36 ($p=0,0051$) e nos domínios da emoção ($p=0,0240$), na participação social ($p=0,0488$), e função física ($p=0,0145$) da SIS. No entanto a intervenção foi mais eficaz a nível da função física ($p=0,0586$) e no desempenho físico ($p=0,0708$) da SF-36 e na função do membro superior ($p=0,0790$) da SIS.

O estudo E1 evidencia eficácia do programa de intervenção ao nível da redução de sintomas depressivos, demonstrando que estes sintomas decrescem significativamente nos

grupos de intervenção face ao grupo de controlo ($p < 0.05$). Assim, reconhecem-se, indiretamente, ganhos ao nível da perceção da QVRS, sendo que os sintomas depressivos influenciam diretamente esta variável.

No que respeita a resultados secundários como amplitude articular e perceção da dor, apenas o estudo E1 faz alusão a estas variáveis, evidenciando diferenças significativas entre os grupos de intervenção e o grupo de controlo. Os resultados deste estudo demonstram que a intervenção conduziu a ganhos ao nível da amplitude articular comparando com um programa que não incluiu qualquer exercício de amplitude articular ($p < 0,05$). Em ambos os grupos de intervenção foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos ganhos a nível da amplitude articular ($p < 0,001$). De realçar que os participantes do grupo de controlo apresentaram uma diminuição da amplitude articular em média $-5,83^\circ$ nos membros superiores e $-3,88^\circ$ nos membros inferiores, contrastando com os participantes dos grupos de intervenção que apresentaram um aumento nas amplitudes articulares em ambos os segmentos. Entre os dois grupos de intervenção, o grupo II apresentou melhores resultados com exceção da extensão do cotovelo, extensão do joelho e flexão dorsal do tornozelo, onde não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos. O score da perceção da dor aumentou no grupo de controlo e diminuiu em ambos os grupos de intervenção, no entanto o grupo de intervenção II apresentou um decréscimo superior (10 pontos). O grupo de intervenção em que o enfermeiro assistiu nos exercícios de amplitude obteve ganhos superiores relativamente ao grupo que apenas contou com a supervisão do enfermeiro nesses exercícios ($p < 0,01$).

Os achados do estudo E4 revelaram ganhos a nível dos défices motores e sensoriais após o AVC com o tempo de implementação das intervenções, sendo os scores da FMA do grupo de intervenção significativamente superiores aos do grupo de controlo no 1º; 3º; 6º mês ($p < 0, 05$, nos três momentos avaliativos).

O estudo E4 revela que, apesar de serem facultadas orientações escritas e incentivada a continuidade do programa no domicílio, sem supervisão e sem estratégias de promoção de adesão ao programa, os efeitos positivos da intervenção a longo prazo foram dissipados. Por outro lado, no estudo E2 que perspetiva a educação para a saúde e em que os enfermeiros promoveram o conhecimento dos participantes e familiares acerca do AVC, das suas complicações e estratégias adaptativas para o autocuidado através da entrega de um guia/manual de instrução para o autocuidado, o grupo experimental revelou melhor desempenho no autocuidado em relação ao grupo de controlo ($p \leq 0,001$).

4 DISCUSSÃO

Este capítulo destina-se à discussão dos resultados apresentados no capítulo anterior e tendo por objetivo responder à questão de partida desta RSL: “Quais as intervenções de enfermagem e sua eficácia na promoção da autonomia/independência no autocuidado na pessoa após AVC?”. Desta forma, procedeu-se ao planeamento da discussão em duas categorias temáticas: programas de intervenção/ Intervenções de enfermagem e eficácia dos programas de intervenção/ Intervenções de enfermagem. Antes de nos focarmos na discussão dos dois itens acima referidos, apresentam-se algumas considerações gerais respeitantes às características dos estudos, nomeadamente a nível da distribuição geográfica e temporal e caracterização da amostra.

Relativamente à distribuição geográfica salienta-se a inclusão de estudos primários na sua maioria, da ásia oriental e a não inclusão de estudos nacionais e europeus devido a inexistência de publicações nas bases de dados selecionadas, que responderam aos critérios de inclusão. Destaca-se que no RCAAP, os quatro estudos obtidos através de pesquisa não estudaram a problemática da questão orientadora desta RSL. Como explicação para este facto pode considerar-se que a definição prévia de critérios de inclusão /exclusão relacionados com o tipo de estudo pode ter conduzido à escassez de estudos publicados, tanto a nível nacional como internacional, uma vez que os ensaios randomizados controlados, habitualmente designados na literatura como RCT (Randomized Controlled Trial) surgem com menor frequência em enfermagem (Galvão *et al.*, 2004), sendo contudo aqueles que revelam maior evidência científica (JBI, 2011). Neste sentido, reforça-se que a definição destes critérios relacionou-se com a finalidade desta RSL, que pretende avaliar a eficácia de uma intervenção, sendo o RCT o estudo que assume maior segurança na obtenção das melhores evidências (Galvão *et al.*, 2004), favorecendo a PBE.

Por outro lado, a predominância de estudos primários conduzidos em populações do continente asiático, demonstrou a aposta desses países na produção científica de elevado nível de evidência, contribuindo para uma prática de enfermagem cada vez mais baseada na evidência, reconhecendo-se a evolução quer como profissão, quer como ciência. A produção científica nestes países, na área de estudo desta RSL, pode ser também perspectivada como consequência do impacte do AVC nesta região, uma vez que segundo dados epidemiológicos de 2002 (Mackay & Mensah, 2004), o continente asiático

comparativamente a outros continentes apresenta um maior número de anos vividos com incapacidade após este evento gerador de dependência (DALY's), bem como uma maior taxa de mortalidade (≥ 200.000 mortes) associada.

Atendendo à distribuição temporal da publicação dos estudos verifica-se que, para além de obedecerem ao critério de inclusão definido, dois deles situam-se nos últimos oito anos (E1, E4), um nos últimos quatro anos (E2) e um no último ano (E3), o que sugere um interesse atual na produção de evidência sobre intervenção face à dependência no autocuidado após AVC.

Quanto à qualidade metodológica dos estudos avaliada através da utilização do instrumento desenvolvido pelo Instituto Joanna Briggs (JBI, 2011), *Critical Appraisal Checklist for Randomised and Pseudo-randomised Studies*, utilizando os pontos de corte sugeridos por Magalhães (2013), foi possível apurar que três dos quatro estudos apresentam elevada qualidade metodológica (E1, E3, E4), sendo que o estudo E2 revela moderada qualidade metodológica. Assim, estes revelaram, consequentemente elevados níveis de evidência, para sustentar uma *praxis* de cuidados de qualidade, no que se reporta à recuperação funcional com impacte na QV da pessoa após AVC.

Atendendo ao número da amostra dos estudos primários verificou-se que três dos quatro estudos (E1, E2, E4) apresentam uma amostra inferior a 100 participantes, o que se pode considerar uma limitação. Assim, assume-se este facto como contraditório face ao pressuposto de um estudo clínico randomizado, pois para que o efeito clínico seja estatisticamente significativo, a amostra deve ser satisfatoriamente grande não permitindo que os resultados com menor importância sejam expressivos (Scifres, Iams, Klebanoff & Macones, 2009).

Ao analisar as características da amostra de cada um dos estudos primários selecionados, identificaram-se conformidades com características epidemiológicas do AVC. O critério de inclusão referente à idade foi semelhante nos quatro estudos, verificando que apesar de esta patologia ocorrer com mais frequência nas pessoas com idade superior a 65 anos, os critérios de inclusão dos estudos apresentados nesta RSL abrangem também faixas etárias mais baixas. Tal como nestes estudos, verifica-se que a investigação recente tem acompanhado a incidência do AVC em populações mais jovens ao estabelecerem como critério de inclusão idades mais baixas (Dai *et al.*, 2013; Okubo, 2012; Thieme *et al.*, 2013) ou não estabelecendo a idade como critério de inclusão/exclusão (Mead *et al.*, 2007). A nível nacional, no Hospital Pedro Hispano, também foi estudada a incidência do AVC em jovens (dos 18 aos 45 anos), verificando-se que 6% do total de casos de AVC ocorreu nessa faixa etária, sendo a aterotrombose responsável por uma

percentagem significativa de casos, associada à elevada prevalência de fatores de risco ateroscleróticos (Cardoso, Fonseca & Costa, 2003). Por outro lado, reconhece-se que o critério de inclusão relacionado com a idade foi responsável pela eliminação de 3 artigos potencialmente relevantes, pelo que se deixa desde já a sugestão de contornar este critério para futuras RSL.

Por outro lado, a idade média dos participantes no estudo E1 foi superior comparativamente aos participantes dos outros estudos. Tal facto pode dever-se ao contexto de cuidados (unidades de longa duração) e ao tempo decorrido entre o AVC e a intervenção (10 meses a 11 anos). Também no estudo E4 a média de idade foi elevada ($68,5 \pm 9,0$ e $70,4 \pm 11,3$, no grupo experimental e controlo respetivamente), sendo neste estudo a isquemia a tipologia predominante. Este resultado corrobora a evidência da literatura uma vez que a idade é um dos principais fatores de risco para o AVC isquémico (Goldstein *et al.*, 2006; Sacco *et al.*, 2006), sendo que a sua frequência aumenta consideravelmente com a idade, alcançando incidências mais elevadas após os 55 anos (Ferro & Pimentel, 2006). Por outro lado, a idade média dos participantes no estudo E3 foi a mais baixa ($60,8 \pm 10,1$ e $61,5 \pm 9,4$ no grupo experimental e controlo, respetivamente), tal achado pode associar-se à etiologia do AVC, uma vez que em idades mais jovens o AVC hemorrágico é mais suscetível de ocorrer (Stone, 2007).

No que respeita ao género, o masculino apresentou maior representatividade em três dos quatro estudos, coincidindo com os dados da literatura que apontam para uma tendência de maior incidência de AVC em homens (Okubo, 2012; Truelsen *et al.*, 2006). Estes resultados corroboram os encontrados por Olsen e Andersen (2010) que constataram que a incidência de ambos os tipos de AVC é superior em homens sendo que estes sofrem o primeiro AVC com uma idade inferior à das mulheres. O estudo E4 foi a exceção, sendo o género feminino o predominante, podendo no entanto esta diferença face às evidências da literatura estar associada ao facto do estudo se realizar num departamento de enfermagem e obstetrícia.

Atendendo à capacidade funcional pré-AVC, este aspeto não foi revelado nos estudos incluídos. Também no estudo de Mead *et al.* (2007), que compara um programa de exercícios de resistência com exercícios de relaxamento em pessoas com sequelas de AVC, não foi mensurada a capacidade funcional prévia ao AVC, sendo este facto constituído como uma limitação do estudo.

Contrariamente, o nível prévio de dependência no autocuidado face à implementação da intervenção foi contemplado em três dos quatro estudos primários, identificando-se moderado nível de dependência dos participantes do estudo E1, elevado

nível de dependência no estudo E3 e um grau prévio de dependência leve em ambos, os grupos do estudo E4. A diferença entre o grau de dependência pode relacionar-se com o facto de os programas de intervenção ocorrerem também em *timings* diferentes pós AVC, como no E1 em que a implementação do programa ocorreu numa fase tardia da recuperação após AVC (11 meses a 10 anos), tendo o processo de reabilitação ou a recuperação neurológica espontânea contribuído para esse grau moderado de dependência. Contudo no estudo E3 e E4, verificou-se uma discrepância no nível de dependência após AVC, apesar da implementação dos programas iniciar-se em ambos numa fase precoce (no 1º mês após AVC), podendo ser esta dissemelhança associada à tipologia do AVC, uma vez que o AVC hemorrágico se apresenta como o mais severo comparativamente ao AVC isquémico, podendo originar sequelas mais graves e consequentemente um maior grau de dependência (Andersen, Olsen, Dehlendorff & Kammergaard, 2009).

Este aspeto relativo ao nível de dependência pode influenciar e condicionar os achados dos estudos uma vez que a literatura defende que as limitações físicas e consequente nível de dependência constituem um fator inibidor do processo de reabilitação pós- AVC (Lowry, 2010; Proot *et al.*, 2002).

Programas de Intervenção/ Intervenções de Enfermagem

Os programas de intervenção referentes aos estudos primários selecionados para esta RSL reportam para diversos contextos de intervenção e fases de reabilitação, envolvendo várias classes profissionais bem como preconizando diferentes tipos de intervenção.

No que respeita ao contexto de intervenção e fases da reabilitação, verifica-se que o E1 se apresenta como o único programa de intervenção incidente numa fase tardia do processo de reabilitação (entre o 10º mês e 11º ano após AVC) desenvolvido numa unidade de longa duração. Já os estudos E2, E3 e E4, incidiram nos primeiros 6 meses pós AVC valorizando uma intervenção precoce tanto em contexto hospitalar (serviço de urgência, neurologia e fisioterapia) como comunitário, no domicílio ou unidades de reabilitação (E2 e E4), ou em ambos (E3). A valorização do planeamento e implementação de intervenções numa fase precoce do AVC é suportada pelas recomendações da European Stroke Initiative, reforçando que a reabilitação deve iniciar-se o mais precocemente possível, de forma a diminuir o grau de dependência após este evento gerador de dependência (Olsen *et al.*, 2003). No entanto, os autores do estudo E3 apesar de designarem a intervenção como precoce, consideram que o tempo em que a intervenção decorreu (6 meses) é demasiado

para que a intervenção seja integrada numa reabilitação precoce, sendo por isso uma das limitações do estudo.

A OMS (2004) defende também a reabilitação precoce ao estabelecer como objetivo para 2015 que 70% dos indivíduos com sequelas a nível funcional, após AVC, sejam independentes nas AVD aos 90 dias, pelo que surge a necessidade de garantir o acesso a cuidados continuados organizados desde a fase aguda. No que concerne ao contexto hospitalar, em Portugal no ano de 2001 estabeleceu-se como área prioritária a problemática do AVC, sendo elaborado um documento intitulado *“Unidades de AVC – Recomendações para o seu desenvolvimento”*, cuja finalidade pretende *“reduzir o internamento em hospitais de agudos, a incapacidade funcional e as complicações pós AVC e o número de doentes que necessitam de cuidados de enfermagem em casa ou nas Unidades de doentes crónicos, assim como facilitar o retorno de uma grande proporção de doentes ao seu ambiente familiar e, tanto quanto possível, ao seu local de trabalho”* (DGS, 2001, p.9).

No entanto, a reabilitação continua para além do internamento hospitalar de cuidados agudos, reportando-se para a realidade portuguesa, compreende também unidades especializadas, no âmbito da RNCCI, que visam a promoção da autonomia e independência através da reabilitação funcional, readaptação e reinserção familiar e social. Conforme referem Rato, Rodrigues e Rando (2009), 36% das pessoas que utilizam as unidades de internamento que integram a RNCCI, apresentam diagnóstico de AVC. Assim, a nível de cuidados também é atribuído especial interesse à dependência por AVC, com a criação das unidades de reabilitação de especialidades nesta patologia integradas em unidades de convalescença (Nogueira *et al.*, 2007).

O estudo E3 dá ênfase à continuidade do processo de reabilitação, em contexto comunitário/domiciliário, após alta hospitalar, integrando no programa de reabilitação os dois contextos de intervenção. Este achado é corroborado por Olsson e Sunnerhagen (2007) ao concluírem que muitos pacientes melhoraram ou mantiveram a capacidade funcional e cognitiva após o programa de reabilitação no internamento, ao final de dois anos, associando esse achado à reabilitação após alta hospitalar. Os mesmos autores salientam que pacientes com menor capacidade funcional e cognitiva tendem a apresentar uma melhoria durante a continuidade de cuidados em relação aqueles com maior capacidade funcional após alta, reforçando a eficácia da continuidade de cuidados. Tal como os achados dos estudos E2 e E4, que perspetivam a intervenção apenas após a alta hospitalar, em contexto domiciliário, Carvalhido e Pontes (2009), obtiveram ganhos a vários níveis num programa de reabilitação domiciliária, nomeadamente na melhoria do tónus

muscular, percepção de dor, equilíbrio, controlo de movimento, desempenho das AVD e capacidade de marcha, promovendo assim a autonomia/independência autocuidado. Para além dos efeitos positivos na capacidade funcional, o estudo E4 verificou uma melhoria na percepção da QV dos participantes após o programa de reabilitação a nível domiciliário. Neste sentido, também Chaiyawat, Kulkantrakorn e Sritipsukho (2009) concluíram a eficácia de um programa individual de reabilitação precoce (3 meses após AVC) no domicílio, dirigido a pessoas vítimas de AVC isquémico, revelando ganhos a nível da percepção da QV e redução de sintomas depressivos.

Assim, importa reter que a principal vantagem da reabilitação em contexto comunitário é o facto de as habilidades poderem ser treinadas *in loco*, sendo a intervenção adaptada às circunstâncias deste ambiente. Desta forma, o envolvimento dos FC na reabilitação é facilitado e impulsionado, uma vez que se encontram mais implicados no programa de reabilitação. De forma consistente, a produção científica releva que o ambiente influencia a recuperação da autonomia pós-AVC (Bendz, 2000; Lowry, 2010; Musicco *et al.*, 2003; Proot *et al.*, 2000), sendo desta forma imprescindível disponibilizar à pessoa em transição, condições que se adequem às suas necessidades (Schumacher *et al.*, 1999). Nesse sentido, a intervenção do enfermeiro no processo de transição surge como recurso potenciador de um processo adaptativo eficaz, através do desenvolvimento de estratégias que garantam a otimização do ambiente físico às novas necessidades da pessoa com dependência e dos FC (Schumacher *et al.*, 1999). Os resultados de Shyu (2000a) apontam para a existência de um ponto de equilíbrio (*“finding a balance point”*) face à necessidade de cuidar que abrange as necessidades da família e as necessidades da pessoa com dependência. Em relação às necessidades do FC, Shyu (2000b) reconheceu a existência de diferentes necessidades de cuidados, nas diferentes fases do processo de adaptação do cuidador na transição do hospital para o domicílio, até atingir um *padrão estável de cuidar*. Nesse sentido, o enfermeiro desempenha um papel importante junto do FC, uma vez que o capacita através de conhecimentos e habilidades, nomeadamente na gestão de recursos na comunidade, facilitadores da readaptação funcional do familiar dependente, na gestão do regime terapêutico, na prevenção de complicações e promoção de bem-estar psicológico (Petronilho, 2007).

Analisando a constituição dos grupos profissionais envolvidos na implementação dos diferentes programas de intervenção, verificou-se que apenas um dos programas teve uma abordagem interdisciplinar, sendo os restantes desenvolvidos apenas por um grupo profissional da área da saúde. O programa interdisciplinar (E3) incluiu enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e culminou em ganhos na independência

funcional. A evidência aponta para a eficácia da reabilitação interdisciplinar na diminuição do impacto do AVC, tanto a nível físico, psicológico como na sobrecarga do cuidador e consequentemente nos níveis de dependência (Langhorne *et al.*, 2011; Lincoln, Walker, Dixon & Knights, 2004; O'Connor *et al.*, 2011).

O estudo E3, que pretendeu determinar a eficácia da reabilitação precoce nas AVD e função motora em pessoas com AVC hemorrágico, enfatiza uma abordagem integral com a participação do fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e enfermeiro nos seis meses de implementação do programa o qual contempla três fases consecutivas e complementares (1º mês, 2º e 3º mês, 4º a 6º mês após AVC). Na terceira fase do programa é pautada pela intervenção do enfermeiro na melhoria da função motora e do desempenho funcional das AVD, garantido a continuidade do programa no domicílio do quarto ao sexto mês após AVC. Apesar do estudo não fazer alusão à especialidade de enfermagem de reabilitação, as intervenções referentes à equipa de enfermagem enquadram-se nas competências do especialista em enfermagem de reabilitação, uma vez que este *“ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidados e da continuidade nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade)”* (OE, 2010, p. 2-3). As duas primeiras fases de reabilitação visaram o treino das AVD, do equilíbrio bem como o treino de marcha concretizadas pelo fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Estas intervenções enquadram-se também nas competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação na medida em que *“elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e maximização da autonomia e QV”* (OE, 2010, p. 4).

Em dois dos estudos primários, o programa de intervenção foi executado apenas por enfermeiros (E1 e E2). Por outro lado, o estudo E4, que visa examinar os efeitos de um programa de exercícios terapêuticos com alvo na força, equilíbrio e resistência, incentivando o uso da extremidade superior afetada, nos sobreviventes de AVC, apesar de ter sido implementado por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, não tendo participação de enfermeiros, foi incluído nesta RSL. Esta decisão teve por base o facto de o programa de intervenção, devidamente discriminado, integra competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem, em que este *“concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório”, “demonstra conhecimento aprofundado acerca das funções cardiorrespiratória e motora”, “ensina, instrui e treina sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardiorrespiratório, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa”, “concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação”* (OE, 2010, p. 4).

No que concerne ao tipo de intervenções que integram os programas dos estudos primários, verifica-se que as mais frequentes são as do tipo ensinar, instruir e treinar exercícios de reabilitação dirigidos às AVD, amplitude articular, marcha, equilíbrio, heminegligência, défices de linguagem, deglutição e disfunção vesical/intestinal, reforçando a importância da intervenção de enfermagem na promoção da independência e autonomia no autocuidado. Assim, o enfermeiro apresenta-se como o profissional que identifica e demonstra os comportamentos a desempenhar na nova situação de dependência, nomeadamente ao nível do desempenho das AVD, promovendo o treino de AVD e exercícios de reabilitação e consequente independência (Schumacher *et al.*, 1999; Strasser *et al.*, 2008).

A intervenção educacional aliada a atividades promotoras da independência para o autocuidado, durante o processo de reabilitação, constitui um pilar fundamental da intervenção do enfermeiro. O estudo E2 realça este facto ao avaliar a eficácia do ensino e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene; nutrição; vestir; continência intestinal e vesical; mobilidade; uso de cadeira de rodas; transferências. Neste sentido, o estudo de Strasser e colaboradores (2008) demonstrou que o grupo que recebeu instrução e treino de habilidades alcançou melhores resultados a nível da capacidade funcional, relativamente ao grupo que apenas foi sujeito a um programa de formação teórica.

Os estudos E2 e E3 implementaram intervenções dirigidas para o ensino e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado. Os resultados da investigação sobre esta temática tem, de forma consistente, evidenciado que o treino de AVD concorre para obtenção de ganhos consideráveis na reabilitação após AVC, pois conduz à maximização da capacidade funcional (Adamczyk, Lorencowicz, Zajko & Rejszel, 2002; Chaiyawat *et al.*, 2009; Rensink, Schuurmans, Lindeman & Hafsteinsdottir, 2009). Rensink e colaboradores (2009) na sua RSL alicerçada em estudos de natureza experimental, realçam o treino das AVD como intervenção dos enfermeiros, considerando que estas intervenções permitem melhorar o desempenho ao nível do autocuidado e a percepção de autoeficácia. Neste estudo é recomendado o treino do autocuidado vestir várias vezes por dia, observando em que ponto a pessoa tem maior dificuldade de forma a incidir a prática sobre o mesmo. Na mesma RSL, os autores consideram também importante a intervenção em grupo ao nível das AVD.

Vários autores sustentam que a interação com outras pessoas, que estão a experienciar transições semelhantes, constitui uma medida terapêutica que facilita a adaptação e o processo de recuperação (Proot, Abu-Saad, Oorsouw & Stevens, 2002; Schumacher *et al.*, 1999). O estudo de Adamczyk e colaboradores (2002) com o objetivo de

determinar o papel do enfermeiro na reabilitação de pessoas com hemiparesia após AVC através do treino de atividades de autocuidado, demonstrou tal como os anteriores, ganhos ao nível da autonomia/independência no autocuidado.

Nos estudos E3 e E4, o programa de reabilitação incidiu no treino de equilíbrio e marcha. Também o estudo de Okubo (2012) avalia um programa de exercícios de reforço da parte superior do corpo através de exercícios de amplitude articular durante o treino de autocuidado, equilíbrio na posição de sentado e em ortostatismo, transferências e marcha, visando a promoção da autonomia e independência e a prevenção da síndrome de desuso em pessoas após AVC. Na RSL de Rensink e colaboradores (2009) foi possível verificar que o treino de marcha está presente em sete dos 42 estudos incluídos, pelo que se aponta e reconhece a valorização desta intervenção na prática de enfermagem na reabilitação após AVC. Os autores recomendam que o enfermeiro assista/supervisione a marcha da pessoa dependente, de forma segura, no quarto ou na unidade, várias vezes por dia. No estudo de An e Shaughnessy (2011) os resultados sugerem que o início da reabilitação precoce baseada em exercícios específicos (1 hora, três a cinco vezes por semana, de treino de equilíbrio e 30 minutos, três a cinco vezes por semana, de exercícios orientados para a marcha) é eficaz na melhoria do equilíbrio e da marcha.

O estudo E1 integrou um programa de intervenção que contempla o ensino e treino de exercícios articulares, verificando-se que o programa promoveu a independência funcional no desempenho do autocuidado. Na RSL de Kneafsey (2007), que estuda a contribuição da enfermagem na reabilitação da mobilidade, conclui que os exercícios que mantêm e melhoram a flexibilidade das articulações, bem como o uso de talas, no tratamento e minimização da espasticidade e contracturas, promovem a mobilidade.

O estudo E1 também faz alusão à monitorização da dor aquando da mobilização articular, verificando que o grupo experimental apresentou uma menor perceção da dor em relação ao grupo de controlo, o que segundo os autores favoreceu a adesão ao regime terapêutico com consequentes ganhos a nível da prevenção da imobilidade. Tendo em conta que a pessoa com AVC experimenta tensão articular e dor devido a contracturas musculares (Pinedo & de la Villa, 2001), destaca-se a eficácia de intervenções ao nível do controlo da dor na adesão ao regime terapêutico, reconhecendo a perceção de dor como um fator inibidor do processo de recuperação.

O estudo E4 incluiu, entre outros, exercícios de resistência revelando ganhos na capacidade funcional. Na RSL realizada por Kneafsey (2007), este tipo de exercícios foram identificados como associados a resultados favoráveis na capacidade funcional. Desta forma, os enfermeiros devem implementar programas preventivos que contemplem

exercícios de fortalecimento e resistência muscular de forma a promover a função, o equilíbrio e a flexibilidade (Gillis & MacDonald, 2005).

No que concerne aos exercícios de força muscular do membro superior e inferior afetado após AVC, bem como o treino funcional da extremidade superior afetada, o estudo E4 relatou que a intervenção a esse nível melhora a sua função. Também na RSL de Peurala e colaboradores (2012), a terapia de movimento induzido por restrição originou uma melhor mobilidade do membro superior afetado, influenciando positivamente o desempenho do autocuidado.

Os estudos E2 e E4 incluíram no programa de intervenção um guia/manual de educação para a saúde que foi providenciado aos participantes com o intuito de incentivar o autoexercício. Assim, reconhece-se a importância das intervenções educacionais do enfermeiro, como componente da preparação da alta hospitalar, nomeadamente através do plano de reabilitação e da auto gestão, promovendo uma maior independência e melhor percepção da QV, com repercussões na diminuição das readmissões hospitalares e respetivos custos socioeconómicos associados (Cameron, 2013). Também a OE (2012, p.16) defende que o enfermeiro *“reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem”* e *“aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e aprendizagem nas interações com os indivíduos e as famílias”*.

Esta intervenção educacional dos enfermeiros poderá ser efetivada com o recurso a tecnologias educativas com vista à aquisição de conhecimentos e habilidades do FC e da pessoa dependente no autocuidado. Contudo, Magalhães (2013), na sua RSL acerca das tecnologias educativas concluiu que não existe evidência clara acerca da maior eficácia na educação do FC e pessoa dependente no autocuidado, com o recurso a este tipo de intervenção, considerando que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, devem contribuir para a continuidade dos cuidados através da construção/implementação de programas de intervenção acessíveis via internet.

Apenas no estudo E3, as intervenções foram dirigidas não só para a pessoa com dependência após AVC, mas também ao seu FC. Estas intervenções dirigidas ao FC foram desenvolvidas na última fase do programa, no domicílio, através do treino de habilidades ao nível das AVD e função motora dos seus familiares dependentes. A avaliação pormenorizada da eficácia da intervenção junto dos FC não foi descrita no artigo.

Face à evidência produzida sobre a importância da integração do FC na continuidade de cuidados aos familiares após um evento gerador de dependência, e o papel relevante do enfermeiro nesta transição situacional vivenciada pelo FC (Ocampo et

al., 2007; Petronilho, 2007; Shyu *et al.*, 2008), seria esperado que mais estudos integrassem o FC nos seus programas de intervenção.

A escassez de estudos envolvendo o FC observada nesta RSL pode dever-se ao facto, tal como refere Petronilho (2007, p. 181), de em alguns contextos “ *a preparação do regresso a casa ainda não é assumido como uma prática profissionalizada pelos enfermeiros... o envolvimento da família na preparação do regresso a casa é, ainda, resultado de iniciativas individuais dos enfermeiros, quer no contexto hospitalar, quer no contexto domiciliário, sendo, desta forma, um processo ainda pouco sistematizado*”. Torna-se necessário o desenvolvimento de um plano de cuidados adequado no regresso a casa, em que os FC sejam envolvidos ativamente nesse processo (Petronilho, 2007).

Eficácia dos Programas de Intervenção

A eficácia avalia, a relação entre os resultados obtidos e os objetivos pretendidos. Para tal, existem diversas variáveis *outcomes* que são passíveis de medição de forma a avaliarem a eficácia dos programas de intervenção na promoção da autonomia/independência após AVC.

Nesta RSL destacam-se duas variáveis *outcomes* principais: (in) dependência no autocuidado e percepção de QV, assistindo-se à avaliação do impacte dos programas de intervenção ao nível da capacidade funcional e consequente independência na realização de AVD, bem como a avaliação do impacte ao nível QVRS.

A mensuração da independência/dependência funcional, possibilita o acompanhamento da evolução do dependente no seu processo de reabilitação, de forma a ajustar as intervenções terapêuticas e a verificar a trajetória dos ganhos (Greve, 2007). O processo de avaliação deste indicador foi efetivado nos diferentes estudos primários através de diferentes instrumentos: escala de FIM, Lawton e Broody, índice Katz e IB. Na problemática em estudo realça-se este último instrumento uma vez que “*as qualidades psicométricas do instrumento estão essencialmente documentadas em estudos com doentes com acidente vascular cerebral*” (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007, p. 60). Segundo os mesmos autores, este instrumento utiliza-se largamente em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação, sendo considerado ideal para mensurar a incapacidade para a realização das AVD. No contexto de trabalho da investigadora (unidade que integra a RNCCI) é a escala frequentemente mais utilizada, uma vez que em contexto de reabilitação, é imprescindível a monitorização dos cuidados prestados através da avaliação da evolução funcional do utente. Apesar da sua larga utilização e das suas qualidades métricas, o IB não revela sensibilidade para pequenas

mudanças, dificultando a percepção de ganhos menores ao nível da capacidade de desempenho das AVD. No estudo E3 o número reduzido de momentos de avaliação (4 momentos em 6 meses) foi considerado uma limitação do estudo, uma vez que as mudanças menores não foram qualificáveis.

O impacto das intervenções foi avaliado a longo prazo no estudo E3, após seis meses da intervenção, verificando que a eficácia da mesma dissipou-se nesse período. No entanto, na avaliação final correspondente aos 9 meses, verificou-se que 20% dos participantes foi perdido levando à omissão de dados e consequentes vieses.

Também o estudo de Mead *et al.* (2007) avaliou os benefícios após quatro meses do final da intervenção, verificando que os efeitos positivos foram mantidos à exceção da percepção da dor que piorou. No estudo E3, a não definição de momentos de avaliação dos efeitos da reabilitação no desempenho das AVD e função motora a longo prazo, após o término da intervenção foi considerado pelos autores como uma limitação do estudo uma vez que mais momentos de avaliação facilitam a confirmação e ampliação dos resultados obtidos após a intervenção.

A avaliação da percepção da QVRS em pessoas após AVC permite aos profissionais de saúde a definição de objetivos de intervenção ajustados às necessidades de cada dependente, bem como melhorar aspetos que interferem com a QV e a maximização dos resultados de saúde em todos os domínios (Santos, 2010). Na avaliação da percepção da QVRS, os instrumentos que emergiram nos estudos foram a SF-36 e a SIS (ambas no E4). No estudo E1 a depressão foi avaliada através do GDS 15.

Atendendo à capacidade funcional verificou-se que em todos os estudos primários, os programas de intervenção foram considerados eficazes na promoção da autonomia/independência funcional. No estudo E1, a eficácia da intervenção constatou-se tanto ao nível da supervisão como na assistência dos enfermeiros. O desempenho autónomo das AVD diminuiu no grupo de cuidados habituais durante as quatro semanas do estudo, contrariamente aos participantes dos grupos experimentais que obtiveram ganhos no desempenho do autocuidado. Deste modo, os autores reforçam a importância da presença física e suporte emocional dos enfermeiros na condução dos exercícios preconizados neste estudo (Tseng *et al.*, 2007). Apesar da evidência de ganhos ao nível da independência funcional nas AVD, estes não foram significativos em relação a outros estudos que contemplam exercícios articulares. Neste estudo é reforçada a eficácia dos exercícios de amplitude articular efetuados por enfermeiros, uma vez que promovem a manutenção do estado funcional na fase crónica pós-AVC. Também Combs e colaboradores

(2010) constataram uma melhoraria na função motora, após a intervenção de reabilitação em participantes na fase crónica pós AVC.

No E1 os autores também fizeram alusão ao possível conflito de papéis entre fisioterapeutas e enfermeiros, reconhecendo que em muitos países a fisioterapia não está direcionada para pessoas acamadas devido a AVC, sendo os enfermeiros os profissionais com maior formação nas unidades de longa duração. Contudo os enfermeiros e fisioterapeutas devem intervir em parceria de forma assegurar ganhos significativos, uma vez que a intervenção da equipa interdisciplinar constitui um recurso essencial na reabilitação após AVC ao promover a complementaridade funcional (Erdmann *et al.*, 2006; Poslawsky *et al.*, 2010). O sucesso da reabilitação deve-se à coordenação e interdisciplinaridade da atuação, manifestando-se em ganhos em saúde e na QV (Menoita, 2012; SIGN, 2010) ao minorar o impacte do AVC, na vertente física e psicológica, bem como nos níveis de autocuidado (Langhorne *et al.*, 2011; O'Connor *et al.*, 2011).

O estudo E2 que contemplou a intervenção do enfermeiro ao nível da educação para o autocuidado após a alta hospitalar, revelou que o programa foi eficaz na performance das AVD e AIV, avaliada após 45 dias da última sessão educativa. Constatou-se que no grupo experimental a performance no desempenho do autocuidado foi significativamente maior relativamente ao grupo de controlo. Este estudo reforçou que o tempo de hospitalização pode ser diminuído pela continuidade dos cuidados no domicílio, através de programas educativos que possibilitem um acompanhamento eficaz do FC (Association of Rehabilitation Nurses, 2010). Também no estudo de Larson e colaboradores (2005) se constatou que o papel educativo dos enfermeiros no autocuidado promove a QV e a performance destes indivíduos no desempenho das AVD. No entanto, a eficácia das sessões educacionais pode ser afetada por vários fatores, como a falta de preparação física e psicológica e a não comparência dos participantes nas sessões, sendo estes aspetos considerados pelos autores do estudo E2 como uma limitação do estudo.

O estudo E3 concluiu que a reabilitação precoce melhora a recuperação das AVD e a função motora nas pessoas com AVC. Através do IB foi possível verificar que o grupo de intervenção obteve melhores resultados do que o grupo de controlo. Apesar de a literatura sugerir que nos primeiros dois meses após o AVC hemorrágico, ocorre uma recuperação neurológica espontânea através da redução do hematoma e edema, e que o cérebro pode em casos raros, restaurar a sua função, o grau de recuperação funcional para a maioria dessas pessoas é limitada, necessitando de uma intervenção adicional (Kwakkel, Kollen & Lindeman, 2004). Neste estudo os melhores resultados alcançaram-se no primeiro mês pós AVC, após 19 a 20 dias de intervenção, seguidamente a taxa de recuperação diminui

progressivamente atingindo um patamar ao final dos seis meses. Tal como este estudo, o E4 também defendeu que a precoce recuperação da funcionalidade se revela benéfica para os sobreviventes de AVC, uma vez que as alterações que envolvem o sistema neurológico são as que originam sequelas mais relevantes na autonomia/ independência no autocuidado (Petronilho *et al.*, 2010), sendo fulcral uma intervenção precoce ao nível da reabilitação, objetivando a recuperação da independência física e cognitiva, proporcionando a reaprendizagem de habilidades básicas para o desempenho das AVD (Laver *et al.*, 2011; SIGN, 2010).

Os benefícios da reabilitação precoce também são verificados no estudo de Okubo (2012), cuja intervenção de enfermagem através do programa de “*Elevated Position*”, demonstrou que a independência nas AVD nomeadamente no que respeita às transferências da cama para uma cadeira de rodas e à marcha, avaliada pelo IB, entre o grupo experimental e os grupos de controlo, foram significativamente diferentes na primeira semana após a saída da unidade de cuidados intensivos, sendo maior no grupo experimental. Esse achado é relacionado pelos autores com os melhores cuidados de enfermagem a nível da reabilitação uma vez que o treino de equilíbrio na posição sentada foi introduzido precocemente permitindo a mobilização em cadeira de rodas e contribuindo para a melhoria do desempenho das AVD.

No estudo E4, que visou avaliar a eficácia dos exercícios terapêuticos nos sobreviventes de AVC subagudo na melhoria da capacidade funcional para o autocuidado e na QV, verificou-se a eficácia da intervenção na promoção da independência nas AVD, monitorizada através do IB. Neste estudo importa salientar o papel dos cuidados de reabilitação não só no que respeita à capacidade funcional para a promoção da autonomia e independência no autocuidado após AVC, mas também constatar o papel significativo ao nível da promoção da função social, contribuindo para a melhor perceção da QVRS.

Relativamente à perceção da QV, os estudos E1 e E4 constataram um efeito positivo do respetivo programa de intervenção na QV. No estudo E1 a eficácia da intervenção revelou-se no decréscimo significativo dos sintomas depressivos nos grupos experimentais. Esse achado também foi verificado no estudo de Chaiyawat *et al.* (2009), em que a percentagem de participantes que apresentavam depressão decresceu de 66,7% no início do estudo para 3,3% ao final de três meses no grupo submetido a um programa individual de reabilitação no domicílio. Já o estudo E4 revelou que a melhor perceção da QVRS, demonstrada pelos participantes do grupo experimental, nomeadamente a nível da função social, avaliada pelo instrumento SF 36, bem como nos domínios da emoção, participação social e função física, avaliadas pelo instrumento SIS. A par da melhoria na

percepção da QV, os resultados do estudo evidenciaram também ganhos ao nível da independência e autonomia no autocuidado.

Tendo em conta que os aspetos físicos e a capacidade funcional comprometem a percepção da QV devido às manifestações clínicas provocadas pelo AVC, que prejudicam a autonomia e a independência, os ganhos ao nível da independência funcional conduzem à melhoria da QV (Scalzo, Souza, Moreira & Vieira, 2010). Também no estudo E4 a função social alcançou melhoria com o programa de intervenção contribuindo para a melhor percepção da QV. Este achado reforça o importante papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação uma vez que este *“concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade”* (OE, 2010, p.3). O estudo E1 constatou que o programa de intervenção foi eficaz ao nível da percepção da QVRS, demonstrando que os sintomas depressivos decrescem significativamente nos grupos de intervenção em relação ao grupo de controlo.

Relativamente aos *outcomes* secundários, nomeadamente no que concerne à amplitude articular, o programa de intervenção do estudo E1, em que o enfermeiro assistiu os participantes a executar os exercícios articulares revelou uma melhoria significativa comparativamente ao grupo em que o enfermeiro apenas supervisionou os exercícios e ao grupo de controlo. Os autores concluíram que este achado se deveu em parte ao facto da maioria dos participantes apresentarem padrão espástico e muitos deles não conseguiram completar ou alcançar a máxima amplitude articular sozinhos. Também Kneafsey (2007) numa RSL corrobora com esta ideia, ao apurar o importante papel do enfermeiro na realização de exercícios de amplitude articular, uma vez que estes ajudam a manter e melhorar a força muscular, amplitude articular e a função cardiovascular e melhoram o padrão espástico através de posicionamentos anti-espásticos, bem como através de exercícios que promovam o aumento da atividade física, do incentivo para o autocuidado, do controlo eficaz da dor. A percepção da dor foi uma das variáveis avaliadas no estudo E1, verificando-se que nos grupos de intervenção os participantes expressaram menor percepção da dor. O controlo da dor constituiu um foco de atenção da enfermagem destinado à promoção da mobilidade, uma vez que a dor impede a adesão e o envolvimento no regime terapêutico, nomeadamente a nível de realização dos exercícios articulares, conduzindo a um ciclo vicioso de imobilidade (Kneafsey, 2007; Tseng *et al.*, 2007).

Ainda no que respeita às variáveis *outcomes* secundárias, o estudo E3 demonstrou que a intervenção foi eficaz na recuperação da função motora nos três momentos de avaliação. Estes resultados são consensuais com os observados por Wu, Chen, Tang, Lin e

Huang (2007), onde os autores constataram a eficácia da terapia de movimento induzido por restrição na melhoria da performance do membro superior afetado nas AVD, avaliada através da escala de FMA.

Assim, a eficácia das intervenções de enfermagem dirigidas à promoção da autonomia e independência no autocuidado após o AVC foi identificada nos estudos primários, destacando-se o enfermeiro como o profissional de saúde cuja intervenção potencia, não só, ganhos a nível da capacidade funcional mas também na QV percebida pelas pessoas.

Limitações do Estudo

Nesta RSL realçam-se limitações que derivam sobretudo do processo de seleção dos estudos primários e das características dos mesmos. Assim, no que concerne ao processo de seleção considera-se como principal limitação do estudo o tamanho da amostra, no entanto foi efetuada uma tentativa de alargar esse número através do contacto via e-mail para os autores (Anexo 3) no sentido de obter informações acerca do critério de inclusão que reporta a idade, uma vez que os dados não estavam explícitos nas publicações. Apesar desses três estudos apresentarem grande potencial de inclusão e relevância na temática de estudo desta RSL não foram incluídos devido à não obtenção de resposta por parte dos autores.

Para além do critério que reporta à idade, durante a seleção dos estudos para inclusão nesta RSL, foi verificada uma escassa especificidade na descrição dos programas de intervenção ao nível da promoção da autonomia nas AVD. Este facto conduziu à exclusão de vários estudos uma vez que não foi possível identificar tipo e a natureza de intervenções implementadas e integração dessas no domínio de competência do enfermeiro de cuidados gerais e do enfermeiro especialista em reabilitação, preconizados pela OE (2010, 2012).

Relativamente às características dos estudos primários incluídos salienta-se como limitação o fato de nenhum dos estudos primários aludirem à independência prévia ao AVC em contexto comunitário, não sendo expostos os dados estatísticos relativos a esta avaliação mas sim o grau prévio à intervenção em três estudos.

Considera-se também como limitação, a heterogeneidade dos programas de intervenção no que concerne ao tipo de intervenção, duração, frequência, intensidade, contexto, profissionais envolvidos, dificultando a comparação dos seus resultados e condicionando a análise de dados. Esta heterogeneidade é também extensível na opção pelos instrumentos de avaliação utilizados nos diferentes estudos primários, condicionando o paralelismo e comparação entre a eficácia dos diferentes programas de intervenção.

Neste sentido, dois estudos incluídos que utilizaram o IB reconhecem também que este não apresenta sensibilidade para ganhos menores ao nível da capacidade de desempenho das AVD, constituindo uma limitação na avaliação dos programas de intervenção.

Apesar das intervenções implementadas nos estudos primários, apresentarem integridade referencial para o domínio de competências do enfermeiro e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação preconizadas pela OE (2010; 2012), nenhum deles especifica este papel. Este facto deverá relacionar-se com o contexto do exercício profissional de enfermagem nos vários países onde os estudos foram realizados.

Esta diversidade cultural da organização dos cuidados de enfermagem nos vários países, também é verificada através das principais intervenções oferecidas aos participantes dos grupos experimentais dos estudos primários, uma vez que estas intervenções (ensinar, instruir e treinar exercícios direcionados para as AVD, amplitude articular, resistência, força muscular, equilíbrio, marcha e hminegligência) refletem algumas das intervenções que integram os cuidados habituais disponibilizados a esta população no nosso sistema nacional de saúde, nomeadamente no âmbito das unidades da RNCCI. Desta forma, esta dissemelhança dos cuidados facultados condiciona a magnitude dos resultados da implementação das mesmas intervenções em contexto português.

Por outro lado, reconhece-se o escasso número de estudos primários que contemplam o envolvimento do FC no programa, com intervenções específicas para este alvo de cuidados, particularmente quando está a vivenciar a transição para o papel. O único estudo que integrou o FC no seu programa informa que as intervenções dirigidas ao FC objetivaram a promoção da autonomia nas AVD na pessoa com dependência após AVC, mas não as especifica, o que dificulta a identificação do tipo e natureza de intervenções implementadas e consequente avaliação sobre a sua integração no domínio da prática da enfermagem e enfermagem de reabilitação.

Os efeitos de reabilitação na capacidade funcional e no desempenho das AVD na maioria dos estudos não foram avaliados a longo prazo após o término da intervenção, dificultando a confirmação e ampliação dos resultados obtidos no final da intervenção.

CONCLUSÃO

O crescimento exponencial da incidência de AVC e consequentes limitações na capacidade funcional para o autocuidado tem vindo o despoletar o interesse dos profissionais de saúde na procura de novas estratégias de intervenção baseadas na melhor evidência científica, de forma a promover a máxima independência na realização das AVD e a melhoria da percepção da QV. Assim, justifica-se o recurso e a opção pelo método de investigação proposto (RSL), no domínio das intervenções de enfermagem na promoção da autonomia/ independência face ao autocuidado após AVC, contemplando a prática de cuidados de enfermagem e em especial de enfermagem de reabilitação.

Em resposta ao objetivo principal desta RSL, identificou-se evidência a nível da eficácia da intervenção de enfermagem na promoção da autonomia/ independência no autocuidado após AVC, nomeadamente em programas de natureza interdisciplinar (Bai *et al.*, 2012). Neste sentido, as intervenções revelaram-se eficazes através da melhoria significativa nas variáveis de resultado, sobretudo no que concerne aos ganhos na capacidade funcional, desempenho das AVD e QV (Bai *et al.*, 2012; Studenski *et al.*, 2005).

A intervenção precoce revelou-se fulcral na eficácia das intervenções de enfermagem na promoção da autonomia/ independência no autocuidado após AVC em ambos os contextos, hospitalar e domiciliário (Bai *et al.*, 2012; Studenski *et al.*, 2005). A intervenção dirigida à preparação para a alta e o regresso a casa, nomeadamente no que concerne ao ensino, instrução e treino de uso de equipamento ou de estratégias adaptativas para o autocuidado também revelou benefícios positivos na promoção da autonomia/ independência (Bai *et al.*, 2012; Sahebalzamani *et al.*, 2009).

Por outro lado, reconhece-se que a continuidade de cuidados no processo de reabilitação após alta hospitalar, assumida tanto pelos profissionais como pelo FC, permitiu a melhoria da capacidade funcional promovendo autonomia e independência no autocuidado, o que reforça a importância do envolvimento do FC e da sua dimensão enquanto alvo dos cuidados de enfermagem, e também de enfermagem de reabilitação. As intervenções de enfermagem dirigidas ao FC, identificadas nesta RSL, basearam-se no ensino e treino dos FC na participação dos exercícios de treino de AVD e funções motoras dos familiares dependentes (Bai *et al.*, 2012).

Relativamente ao tempo de implementação dos programas, verificou-se disparidade nos estudos que integraram esta RSL, sendo que os resultados sustentam a

eficácia das intervenções dirigidas à promoção da autonomia e independência no autocuidado, em todos eles, ainda que os participantes estivessem em diferentes estádios/*timing* após AVC. Porém, reconhece-se alguma limitação nos estudos na avaliação do impacto destas intervenções a médio e longo prazo, de forma a perspetivar a evolução dos ganhos ao nível da capacidade funcional e perceção da QVRS após a acessão dos programas de intervenção.

No que respeita à prática de enfermagem, as intervenções são essencialmente do tipo ensinar, instruir e treinar, direcionadas para as AVD, exercícios articulares, de exercícios de resistência e força muscular, equilíbrio, marcha e hemicnegligência. Constatase que muitas das intervenções perspetivam a educação para a saúde de forma a promover transições saudáveis, visando o trajeto da dependência para a independência no autocuidado, favorecendo o regresso ao contexto domiciliário. Os programas de intervenção destinados à pessoa dependente evidenciaram eficácia na promoção da autonomia e independência no desempenho do autocuidado, através de ganhos ao nível da capacidade funcional, decorrentes de ganhos a nível da amplitude articular, capacidade de marcha e funções motoras. Também a perceção da QV foi melhorada com a implementação dos programas, como consequência da melhor capacidade funcional, nomeadamente a nível da extremidade superior afetada, e desempenho para o autocuidado. Assim, reconhecem-se ganhos respeitantes à função e participação social, emoção e na diminuição dos sintomas depressivos.

As implicações deste estudo para a prática clínica prendem-se com a eficácia da intervenção precoce privilegiando uma abordagem interdisciplinar dirigida para a pessoa dependente após o evento primário de AVC e para o seu FC, integrando não só os cuidados na fase aguda em contexto hospitalar, mas também a continuidade em contexto domiciliário, facilitando o processo adaptativo de quem cuida e de quem é cuidado, garantindo a maximização e manutenção de ganhos já adquiridos, nomeadamente no que respeita à capacidade funcional e desempenho nos diferentes domínios do autocuidado.

O planeamento dos cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa após AVC deve atender aos fatores promotores e inibidores do processo de recuperação após AVC que estão inerentes à pessoa e ao ambiente, garantindo uma transição saudável.

Assim, neste estudo foi notória a eficácia das intervenções de enfermagem ao nível da promoção da autonomia/independência no autocuidado traduzida em ganhos na capacidade funcional, desempenho nas AVD e melhoria da perceção da QVRS.

Implicações para investigações futuras

Atendendo à não inclusão nesta RSL de artigos realizados a nível nacional, considera-se pertinente, que no futuro se desenvolva e aprofunde a investigação nacional em enfermagem e enfermagem de reabilitação, no âmbito da dependência no autocuidado por AVC, uma vez que é uma mais-valia a incorporação destes profissionais na promoção da autonomia e independência após AVC pois possuem um corpo de conhecimentos específico que permite responder eficazmente às necessidades desta população.

Apenas um dos estudos desta RSL apresenta o FC como alvo da intervenção. Tendo em conta o importante papel deste na promoção da readaptação funcional do familiar dependente no desempenho do autocuidado, na gestão do regime terapêutico e na prevenção de complicações, estudos futuros devem incidir sobre a intervenção de enfermagem junto dos FC. A descrição dos programas de intervenção dirigidos aos FC revelou-se pouco específica e explícita. Desta forma, considera-se importante uma descrição e avaliação mais pormenorizada das intervenções para que a replicação dos estudos seja possível.

Futuramente devem ser realizados novos estudos experimentais que investiguem a eficácia dos programas no global, e das intervenções de enfermagem (do enfermeiro e enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação) na promoção da autonomia e independência no autocuidado após o evento gerador de dependência, sustentados em amostras representativas, que garantam a validade externa, para a extrapolação dos resultados. A nível nacional seria pertinente realizar estudos prospetivos com participantes (pessoas dependentes após AVC e FC) recrutados nas diferentes tipologias de unidades da RNCCI, privilegiando RCT para avaliar a eficácia dos programas terapêuticos.

Por outro lado, reconhecendo-se a RSL como alto nível de evidência, as limitações relacionadas com o critério de inclusão relativa à idade, bem como o aumento da incidência de AVC em pessoas cada vez mais jovens, deixa-se desde já a sugestão de integrar uma futura RSL, na temática proposta, contornando este critério de inclusão, bem como outros relacionados com a data e a língua de publicação dos estudos primários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamczyk, K., Lorencowicz, R., Zajko, A., & Rejszel, E. (2002). Effect of nursing care on self-care efficiency of patients with hemiparesis. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 57(2), 47-52. Acedido a 14/9/2013 disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12898817>.
- Akobeng, A. (2005). Understanding systematic reviews and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 90(8), 845-848. doi: 10.1136/ad.2004.058230.
- Alguren, B., Fridlund, B., Cieza, A., Sunnerhagen, K., & Christensson, L. (2012). Factors associated with health-related quality of life after stroke: a 1-year prospective cohort study. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 26(3), 266-274. doi 10.1177/1545968311414204.
- Alves, L. , Leite, I & Machado, C. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 1199-1207. Doi: 10.1590/S1413-81232008000400016.
- An, M., & Shaughnessy, M. (2011). The effects of exercise-based rehabilitation on balance and gait for stroke patients: a systematic review. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 43(6), 298-307. Doi: 10.1097/JNN.0b013e318234ea24.
- Andersen, K., Olsen, T., Dehlendorff, C., & Kammersgaard, L. (2009). Hemorrhagic and ischemic strokes compared: stroke severity, mortality, and risk factors. *Stroke*, 40(6), 2068-2072. Doi: 10.1161/STROKEAHA.108.540112.
- Andrade, F. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. (Dissertação de Mestrado). *Universidade do Minho, Braga*. Acedido a 02-04-013. Disponível em: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saude Pública*, 25 (2). Acedido a 02-04-2013. Disponível em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>.
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – Um desafio. *Referência*, 2(7), 43-53. Acedido a 02-04-013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ad4acaf6-c261-49f3-a5b9-f1914e896691%40sessionmgr113&vid=2&hid=119>.
- Association of Rehabilitation Nurses (2010). Definition and Brief History of Rehabilitation Nursing. Acedido a 23/2/2012. Disponível em: <http://www.rehabnurse.org>.
- Augusto, B., Rodrigues, C., Rodrigues, E., Simões, F., Ribeiro, I. (2002). Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar. Coimbra: *Formassau*.
- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of advanced nursing*, 30(3), 564-572. Acedido a 15/4/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10499212>.
- Backman, K., & Hentinen, M. (2001). Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Nordic College of Caring Sciences*, 15(3), 195-202. Acedido a 23/2/2012 Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ea8f1250-47a5-4c0a-be16-281354195829%40sessionmgr110&vid=2&hid=119>.

- Bai, Y., Hu, Y., Wu, Y., Zhu, Y., He, Q., Jiang, C., et al., (2012). A prospective, randomized, single-blinded trial on the effect of early rehabilitation on daily activities and motor function of patients with hemorrhagic stroke. *Journal of Clinical Neuroscience*, 19(10), 1376-1379. Doi: 10.1016/j.jocn.2011.10.021.
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2539-2546. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02685.
- Bendz, M. (2000). Rules of relevance after a stroke. *Social Science & Medicine*, 51(5), 713-723. Acedido a 23/2/2013 Disponível em <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953699004864>.
- Bettany-Saltikov, J. (2012). How to do a Systematic Literature Review in Nursing – a step-by-step Guide. *Glasgow*: RCN Publishing Company.
- Bhandari, V., Kushel, M., Price, L., & Schillinger, D. (2005). Racial disparities in resultados of inpatient stroke rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(11), 2081-2086. doi: 10.1016/j.apmr.2005.05.008.
- Booth, J., Hillier, V., Waters, K., & Davidson, I. (2005). Effects of a stroke rehabilitation education programme for nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 465-473. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03319.
- Bowles, K., Naylor, M., & Foust, J. (2002). Patient Characteristics at Hospital Discharge and a Comparison of Home Care Referral Decisions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(2), 336-342. Doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50067.
- Branco, M., Silva, S., Batista, I., Nunes, B., & Dias, C. (2012). Médicos-Sentinela: relatório de atividades 2011. *Instituto Nacional de Saúde dr. Ricardo Jorge*. Acedido a 20/3/2013 . Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/1150/3/relatorio%20medicos-sentinela%202011%20%20final_web.pdf.
- Braunwald, F., Kasper, H., & Longo, J. (2008). Harrison Medicina Interna. 17.ed. *Mc Graw Hill*.
- Bridge, J., Cabell, S., & Herring, R. (2005). Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory. *Troy University*. Acedido a 14/3/2013 Disponível em: <http://www.docstoc.com/docs/68100230/Dorothea-Orem-s-Self-Care-Deficit-Theory>.
- Brock, C. (2005). *Self-care: A real choice: Self care support - A practical option. Department of Health. London* Acedido a 16/3/2013. Disponível em: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/d_4101702.pdf.
- Burton, C. (2003). Therapeutic nursing in stroke rehabilitation: a systematic review. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 7(3-4), 124-133. Acedido a 14/3/2013. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1361900403000992>.
- Caeiro, M., & Silva, M. (2008). Factores predisponentes e Incidentes críticos do declínio funcional da pessoa idosa. *ESSFISIONLINE*, 4(1), 88. Acedido a 16/1/2013. Disponível em: <http://www.ifisionline.ips.pt/media/essfisionline/vol4n1.pdf>.
- Callaghan, D. (2005). Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. *Journal pf Community Health Nursing*, 22(3), 169-178. doi: 10.1207/s15327655jchn2203_4.

- Cameron, V. (2013). Best practices for stroke patient and family education in the acute care setting : a literature review. *Medsurg Nursing* 22(1), 51-56. Acedido a 16/7/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fb505148-ff37-470a-9dec-ae8d039d6573%40sessionmgr113&vid=2&hid=119>.
- Cardoso, T., Fonseca, T., Costa, M.(2003). Acidente vascular cerebral no adulto jovem. *Acta Médica Portuguesa*, América do Norte, 16, Ago. 2003. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1189>. Acesso em: 23 Jan. 2013.
- Carvalhido, T., & Pontes, M. (2009). Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6. Acedido a 11/8/2013. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1278/2/140-150_FCS_06_-23.pdf.
- Chaiyawat, P., Kulkantrakorn, K., & Sritipsukho, P. (2009). Effectiveness of home rehabilitation for ischemic stroke. *Neurol Int*, 1(1), e10. Doi 10.4081/ni.2009.e10 ni.2009.e10 [pii].
- Chang, S. (2009). Beliefs about self-care among nursing home staff and residents in Taiwan. *Geriatric Nursing*, 30(2), 90-98. Doi: 10.1016/j.gerinurse.2008.04.011.
- Chumbler, N., Rittman, M., Van Puymbroeck, M., Vogel, W., & Qin, H. (2004). The sense of coherence, burden, and depressive symptoms in informal caregivers during the first month after stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(10), 944-953. doi: 10.1002/gps.1187.
- Cochrane Stroke Group. (2009). Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD002925. Doi: 10.1002/14651858.CD002925.
- Cochrane Collaboration (2011) Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions *Version 5.0.2*. Acedido a 14/3/2013. Disponível em <http://cochrane-handbook.org>.
- Combs, S., Kelly, S. Barton, R., Ivaska, M., & Nowak, K. (2010). Effects of an intensive, task-specific rehabilitation program for individuals with chronic stroke: a case series. *Disability and Rehabilitation*, 32(8), 669-678. Doi: 10.3109/09638280903242716.
- Correia, M. (2006). A epidemiologia dos AVC em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Consultado 8/3/2013. Disponível em: http://www.spavc.org/lmgs/content/article_42/sp5.pdf.
- Couvreux, C. (1999). A qualidade de vida: Arte para viver no século XXI: Loures: Lusociência.
- Centre for Reviews and Dissemination. (2008). Systematic Reviews: CRD's Guidance for Systematic Reviews in Health Care. *University of York ed*. Consultado a 07-04-2013. Disponível em: http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews.pdf.
- Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, III, 127-136. Acedido a 3/3/2013 . Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a14.pdf>.
- Dai, C., Huang, Y., Chou, L., Wu, S., Wang, R., & Lin, L. (2013). Effects of primary caregiver participation in vestibular rehabilitation for unilateral neglect patients with right hemispheric stroke: A randomized controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 477-484. Doi: 10.2147/NDT.S42426.
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (2006). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República I Série – A* Nº 109, 3856-3865.
- Direcção-Geral da Saúde. (2001). Direcção de Serviços de Planeamento Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento. *Lisboa*. Acedido a 19/2/2013 . Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005663.pdf>.

- Dhamoon, M., Moon, Y., Paik, M., Boden-Albala, B., Rundek, T., Sacco, R., et al., (2010). Quality of life declines after first ischemic stroke: The Northern Manhattan Study. *American Academy of Neurology*, 75(4), 328-334. Doi: 10.1212/WNL.0b013e3181ea9f03.
- Diniz, D., & Schor, N. (2006). *Qualidade de vida: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar - UNIFESP – Escola Paulista de Medicina* (1ª ed.). São Paulo: Manole.
- Direcção-Geral da Saúde. (2009). Direcção de Serviços Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. *Divisão de Estatísticas de Saúde. Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2006*. Lisboa. Acedido a 19/2/2103 . Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>.
- Dobkin, B. (2005). Rehabilitation after stroke. *The New Englnd Journal of Medicine*, 352(16), 1677-1684. Doi: 10.1056/NEJMc043511.
- Doyle, P. J. (2002). Measuring health outcomes in stroke survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83 (12 Suppl 2), S39-43. Doi: 10.1053/apmr.2002.36838.
- Duncan, P., Wallace, D., Lai, S. M., Johnson, D., Embretson, S., & Laster, L. (1999). The stroke impact scale version 2.0. Evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change. *Stroke*, 30(10), 2131-2140. Doi: 10.1161/01.STR.30.10.2131.
- Ekwall, A., Sivberg, B., & Hallberg, I. (2007). Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 584-596. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03994.x.
- Erdmann, A. , Schlindwein, B., & Sousa, F. (2006). A produção do conhecimento: diálogo entre os diferentes saberes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59, 560-564. Doi: 10.1590/S0034-71672006000400017.
- Eurostat. (2006). Population Statistics. Acedido a 12/1/2013 . Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EH-06-001/EN/KS-EH-06-001EN.PDF.
- Fernandes, J. (2009). *Cuidar no domicílio : a sobrecarga do cuidador familiar* (Dissertação de Mestrado). *Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa*. Acedido a.25/2/2013 Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1088/1/20820_ulsd57600_tm.pdf.
- Ferreira, A., & Martins, R. (2011). *Independência funcional em idosos domiciliados: intervenção de enfermagem de reabilitação*. (Dissertação de Mestrado). *Escola Superior de Saúde de Viseu. Politecnico de Viseu*. Acedido a 17/3/2013 Disponível em: [Mota%20Felix%20%20Independ%C3%Aancia%20Funcional%20em%20Idosos%20Domicilia dos.pdf](http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/585/1/Revis%C3%A3o%20Sistem%C3%A1tica%20da%20Literatura.pdf).
- Ferreira, S. (2010). A adaptação do cuidador informal como foco da prática de enfermagem: Um Programa de Intervenção com Matriz Conceptual no Modelo Transaccional de Stress e Coping. Santarém. Acedido a 24/2/2013: Disponível em: <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/585/1/Revis%C3%A3o%20Sistem%C3%A1tica%20da%20Literatura.pdf>.
- Ferro, J. & Pimentel, J., (2006). *Neurologia: principios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel.
- Ferro, J. (2008). Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico. *The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee*. Acedido a . Disponível em http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf.
- Figueiredo, D.(2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Fonseca, F. (2005). Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados. *Lisboa: Climepsi Editores*.
- Fonseca, F. (2004). Desenvolvimento humano e envelhecimento. *Lisboa: Climepsi Editores*.
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação *Loures: Lusodidacta*.
- Fugl-Meyer, A., Jaasko, L., Leyman, I., Olsson, S., & Steglind, S. (1975). The post-stroke hemiplegic patient: a method for evaluation of physical performance. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*, 7(1), 13-31. Acedido a 20/5/2013. Disponível em: http://www.gu.se/digitalAssets/1328/1328802_the_post-stroke_hemiplegic_patient.pdf.
- Furlan, A., Pennick, V., Bombardier, C., & Van Tulder, M. (2009). 2009 updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Back Review Group. *Spine*, 34(18), 1929-1941. Doi: 10.1097/BRS.0b013e3181b1c99f.
- Galvão, C., Sawada, N., & Trevizan, M. (2004). Revisão Sistemática: Recurso que Proporciona a Incorporação das Evidências na Prática da Enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. doi: 10.1590/S0104-11692004000300014.
- George, J. (2000). Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: *Artmed Editora*.
- Giacomin, K., Uchoa, E., & Lima-Costa, M. (2005). Proteção Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1509-1518. Doi: 10.1590/S0102-311X2005000500024.
- Gillis, A., & MacDonald, B. (2005). Deconditioning in the hospitalized elderly. *Canadian Nurse*, 101(6), 16-20. Acedido a 20/9/2013 Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=38e6f315-4860-4a84-8bcb-21111ccdbb38%40sessionmgr113&vid=2&hid=119>.
- Gladstone, D., Danells, C., & Black, S. (2002). The fugl-meyer assessment of motor recovery after stroke: a critical review of its measurement properties. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 16(3), 232-240. Doi: 10.1177/154596802401105171.
- Glinsky, J., Harvey, L., & Van Es, P. (2007). Efficacy of electrical stimulation to increase muscle strength in people with neurological conditions: a systematic review. *Physiotherapy Research International*, 12(3), 175-194. Doi: 10.1002/pri.375.
- Goldstein, L., Adams, R., Alberts, M., Appel, L., Brass, L., Bushnell, C., ... Hoqard, G. (2006). Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *American Heart Association*, 37(6), 1583-1633. Doi: 10.1161/01.STR.0000223048.70103.F1.
- Golin, C., DiMatteo, M., & Gelberg, L. (1996). The role of patient participation in the doctor visit. Implications for adherence to diabetes care. *Diabetes Care*, 19(10), 1153-1164. Doi: 10.2337/diacare.19.10.1153.
- Gonçalves, R., Gil, J., Cavalheiro, L., Costa, R., & Ferreira, P. (2012). Reliability and validity of the Portuguese version of the Stroke Impact Scale 2.0 (SIS 2.0). *Quality of Life Research*, 21(4), 691-696. Doi:10.1007/s11136-011-9977-5.
- Goulding, R., Thompson, D., & Beech, C. (2004). Caring for patients with hemiplegia in an arm following a stroke. *British Journal of Nursing*, 13(9), 534-539. Acedido a 17/2/2013.

- Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=86c2e42e-41b6-465e-8b13-6151cae52b58%40sessionmgr198&vid=2&hid=126>.
- Grasel, E., Schmidt, R., Biehler, J., & Schupp, W. (2006). Long-term effects of the intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 20(7), 577-583. Doi: 10.1191/0269215506cr978o.
- Green, T., & King, K. (2009). Experiences of male patients and wife-caregivers in the first year post-discharge following minor stroke: a descriptive qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(9), 1194-1200. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.02.008.
- Greenberger, H., & Litwin, H. (2003). Can burdened caregivers be effective facilitators of elder care-recipient health care? *Journal of advanced nursing*, 41(4), 332-341. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02531.
- Greve, J. (2007). Tratado de Medicina de Reabilitação. São Paulo. Roca Editora.
- Grimmer, K., Moss, J., & Gill, T. (2000). Discharge planning quality from the carer perspective. *Quality of Life Research*, 9(9), 1005-1013. Doi: 10.1023/A:1016693825758.
- Hacke, W., Kaste, M., Olsen, T., Orgogozo, J., & Bogousslavsky, J. (2002). European Stroke Initiative: Recommendations for Stroke Management The European Stroke Initiative Writing Committee. *European Journal of Neurology*, 7(6), 607-623. Acedido a 2/3/2013. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=d97dc14c-9e82-4ca2-b0fb-f912d7a3f95b%40sessionmgr115&vid=1&hid=126&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=11136346>.
- Hellstrom, Y., & Hallberg, I. (2001). Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health & Social Care in the Community*, 9(2), 61-71. Doi: 10.1046/j.1365-2524.2001.00282.
- Hesbeen, W. (2008). A Reabilitação: Criar novos caminhos. Loures: Lusociência.
- Holguín, E., Gázquez, M., & Urrego, L. (2012). Improvement of self-care behaviors after a nursing educational intervention with patients with heart failure. *Investigação Educação em Enfermagem*, 2(30), 188-197. Acedido a 16/1/2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105224306004.pdf>.
- Holleman, G., Eliens, A., van Vliet, M., & van Achterberg, T. (2006). Promotion of evidence-based practice by professional nursing associations: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 702-709. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03776.x.
- Horn, S., DeJong, G., Smout, R., Gassaway, J., James, R., & Conroy, B. (2005). Stroke rehabilitation patients, practice, and outcomes: is earlier and more aggressive therapy better? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(12 Suppl 2), S101-S114. Doi: 10.1016/j.apmr.2005.09.016.
- Huijben-Schoenmakers, M., Gamel, C., & Hafsteinsdottir, T. (2009). Filling up the hours: how do stroke patients on a rehabilitation nursing home spend the day? *Clinical rehabilitation*, 23(12), 1145-1150. Doi: 10.1177/0269215509341526.
- Internacional Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Internacional Council of Nurses (2012). *Combater a Desigualdade: da Evidência à Acção*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Instituto Nacional de Estatística. (2003). Revista de Estudos Demográficos. Acedido a 16/1/2013. Disponível em: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&sqi=2&ved>

=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_p
arentBoui%3D103128877%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=LE7cUtj6CJHB7A
bU4IGQCQ&usg=AFQjCNE49x7eRQDnydD6v2ICK3lUbjU7A&bvm=bv.59568121,d.Yms.

Instituto Nacional de Estatística. (2011) Óbitos por algumas causas de morte em Portugal. Acedido a 16/1/2013 28/03/2013. Disponível em: [http://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](http://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758).

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). Estatísticas - Via Verde AVC. Acedido a 20/6/2013 Disponível em: http://avc.inem.pt/avc/stats_avc_site/stats.asp?stat=51&CODU=&DISTRITO=&MES=&ANO=2012.

Jadad, A. (1998). Randomised Controlled Trials: A User's Guide. *BMJ*. Doi: 0.1136/bmj.317.7167.1258.

Jaracz, K., & Kozubski, W. (2003). Quality of life in stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107(5), 324-329. Doi: 10.1034/j.1600-0404.2003.02078.

Joanna Briggs Institute (2011). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition. *The Joanna Briggs Institute*. Australia. Acedido a 16/3/2013. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2011.pdf>.

Jones, F., & Riazi, A. (2011). Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 33(10), 797-810. Doi: 10.3109/09638288.2010.511415.

Karsch, U. (2003). Idosos Dependentes: Famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 861-866. Doi: 10.1590/S0102-311X2003000300019.

Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B., & Jaffe, M. (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919. Doi: 10.1001/jama.1963.03060120024016.

Keith, R., Granger, C., Hamilton, B., & Sherwin, F. (1987). The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Advances in clinical rehabilitation*, 1, 6-18. Acedido a 29/3/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3503663>.

Kneafsey, R. (2007). A systematic review of nursing contributions to mobility rehabilitation: examining the quality and content of the evidence. *J Clin Nurs*, 16(11C), 325-340. doi: JCN2000 [pii]10.1111/j.1365-2702.2007.02000.x.

Kwakkel, G., Kollen, B., & Lindeman, E. (2004). Understanding the pattern of functional recovery after stroke: facts and theories. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 22(3-5), 281-299. Acedido a 21/9/2013 Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0115e4bc-5473-4953-b463-a22c49a6d92b%40sessionmgr111&vid=2&hid=126>.

Kwan, J. (2007). Care pathways for acute stroke care and stroke rehabilitation: from theory to evidence. *Journal of Clinical Neuroscience*, 14(3), 189-200. Doi: 10.1016/j.jocn.2006.01.026.

Lai, S., Studenski, S., Duncan, P. & Perera, S. (2002). Persisting Consequences of Stroke Measured by the Stroke Impact Scale. *Stroke*, 33(7), 1840-1844. Doi: 10.1161/01.STR.0000019289.15440.F2.

Lang, C., Macdonald, J., Reisman, D., Boyd, L., Kimberley, T., Schindler, S., ... Ross, A. (2009). Observation of amounts of movement practice provided during stroke rehabilitation.

- Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(10), 1692-1698. Doi: 10.1016/j.apmr.2009.04.005.
- Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *Lancet*, 377(9778), 1693-1702. Doi: 10.1016/S0140-6736(11)60325-5.
- Larson, J., Dahlin, A., Billing, E., Arbin, M., Murray, V., & Wredling, R. (2005). The impact of a nurse-led support and education programme for spouses of stroke patients: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 14(8), 995-1003. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01206.
- Laurent, K., Seze, M., Delleci, C., Koleck, M., Dehail, P., Orgogozo, J., et al., (2011). Assessment of quality of life in stroke patients with hemiplegia. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 54(6), 376-390. Doi: 10.1016/j.rehab.2011.06.002.
- Laver, K., Ratcliffe, J., George, S., Lester, L., Walker, R., Burgess, L., et al., (2011). Early rehabilitation management after stroke: what do stroke patients prefer? *Journal of rehabilitation medicine*, 43(4), 354-358. Doi: 10.2340/16501977-0678.
- Lawton, M., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186. doi: 10.1093/geront/9.3_Part_1.179.
- Lee, J., Han, H., Song, H., Kim, J., Kim, K., Ryu, J., et al., (2010). Correlates of self-care behaviors for managing hypertension among Korean Americans: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 47(4), 411-417. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.09.011.
- Lessmann, J., Conto, F., Ramos, G., Borenstein, M., & Meirelles, B. (2011). Actuação de enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 198-202. Doi: 10.1590/S0034-71672011000100030.
- Lincoln, N., Walker, M., Dixon, A., & Knights, P. (2004). Evaluation of a multiprofessional community stroke team: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 18(1), 40-47. Doi: 10.1191/0269215504cr700oa.
- Lopes, L. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(1), 39-46. Acedido a 3/4/2013. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/03-07.pdf>.
- Lord, S., McPherson, K., McNaughton, K., Rochester, L., & Weatherall, M. (2004). Community ambulation after stroke: how important and obtainable is it and what measures appear predictive? *Arch Phys Med Rehabil*, 85(2), 234-239. doi: S0003999303008943.
- Lowry, F. (2010). Stroke rehabilitation services inadequate, experts say. *Canadian Medical Association journal*, 182(7), E283-284. Doi: 10.1503/cmaj.109-3214.
- Lyons, R., & Rudd, A. (2007). Health Policy and Outcomes 2006. *American Heart Association*(38), 229-231. Doi: 10.1161/01.STR.0000254943.29376.e8.
- Lytle, D., & Ryan, A. (2010). Factors influencing older patients' participation in care: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 5(4), 274-282. Doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00245.
- Mackay, J., & Mensah, G. (2004). Atlas of Heart Disease and Stroke: WHO. Acedido a 4/3/2103. disponível em http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/.
- Magalhães, S. (2013). Tecnologias educativas destinadas à pessoa com dependência e/ou familiar cuidador: uma revisão sistemática da literatura. Porto. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação apresentada na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). *Functional Evaluation: The Barthel Index*. *Rehabilitation Notes*, 14, 61-65. Acedido a 25/4/2013 Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14258950>.
- Makiyama, T., Battistella, L., Litvoc, J., & Martins, L. (2004). Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatrica*, 11(3), 106-109. Doi: 10.5935/0104-7795.20040004.
- Markle-Reid, M., Orridge, C., Weir, R., Browne, G., Gafni, A., Lewis, M., et al., (2011). Interprofessional stroke rehabilitation for stroke survivors using home care *Canadian Journal Neurological Society*, 38(2), 317-334. Acedido a 12/2/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=18638ad4-ba8e-4b74-900d-e59ed5ae28d9%40sessionmgr111&vid=2&hid=126>.
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martin, E. (2005). Dorothea E. Orem's Theory. *Troy University*. Acedido a 14/1/2013 Disponível em: <http://prism.troy.edu/~martin/DorotheaE.Orem'sTheory.pdf>.
- Martins, T.(Ed.). (2006). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T., Ribeiro, J., & Garrett, C. (2004). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI): reavaliação das propriedades psicométricas. *Revista Referência* (11). Acedido a 02-04-013. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/5505/2/9042.pdf>.
- Mead, E., Greig, A., Cunningham, I., Lewis, J., Dinan, S., Saunders, H.,Young, A. (2007). Stroke: A randomized trial of exercise or relaxation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(6), 892-899.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. Sawyer, I, Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. Acedido a. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a8403578-10f2-4107-9291-c9eacf1cb069%40sessionmgr113&vid=2&hid=126>.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259. Doi: 10.1016/0029-6554(94)90045-0.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC* Loures Lusociência.
- Ministério da Saúde. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Evolução dos valores dos indicadores em Portugal Continental*. Acedido a 4/1/2013 Disponível em: http://impns.dgs.pt/files/2007/11/EvolucaoContinente_20Jul2011.pdf.
- Morris, S., Dodd, K., & Morris, M. (2004). Outcomes of progressive resistance strength training following stroke: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 18(1), 27-39. Doi: 10.1191/0269215504cr699oa.
- Musico, M., Emberti, L., Nappi, G., & Caltagirone, C. (2003). Early and long-term outcome of rehabilitation in stroke patients: the role of patient characteristics, time of initiation, and duration of interventions. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(4), 551-558. Doi: 10.1053/apmr.2003.50084.
- Muus, I., Williams, L., & Ringsberg, K. (2007). Validation of the Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL): test of reliability and validity of the Danish version (SS-QOL-DK). *Clinical Rehabilitation*, 21(7), 620-627. Doi: 10.1177/0269215507075504.

- Newton, M., Bell, D., Lambert, S., & Fearing, A. (2002). Concerns of hospice patient caregivers. *Association of Black Nursing Faculty*, 13(6), 140-144. Acedido a 16/1/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=37a4a3b7-eb8d-4850-9d0e-31fa4ca0b2f4%40sessionmgr110&vid=2&hid=126>.
- Nguyen, T. Page, A., Aggarwal, A., & Henke, P. (2007). Social determinants of discharge destination for patients after stroke with low admission FIM instrument scores. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(6), 740-744. Doi: 10.1016/j.apmr.2007.03.011.
- Nir, Z., Zolotogorsky, Z., & Sugarman, H. (2004). Structured Nursing Intervention Versus Routine Rehabilitation After Stroke. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 83(7), 522-529. Doi: 10.1097/01.PHM.0000130026.12790.20.
- Nogueira, A., Henriques, I., Gomes, F., & Leitão, A. (2007). *Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais*. Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Acedido a 17/1/2013 disponível em; <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UnidadesReabilitacaodeAVCfinal.pdf>.
- O'Connor, R., Beden, R., Pilling, A., & Chamberlain, M. (2011). What reductions in dependency costs result from treatment in an inpatient neurological rehabilitation unit for people with stroke? *Clinical Medicine*, 11(1), 40-43. Acedido a 14/1/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2588095d-0e43-419d-87c4-78ac33f8f5e9%40sessionmgr111&vid=2&hid=126>.
- O'Sullivan, S., & Schmitz, T. (2004). *Fisioterapia: avaliação e tratamento*: Manole. São Paulo.
- Obembe, A., Olaogun, M., Adedoyin, R., & Lamidi, R. (2011). Determinants of Balance Performance in Hemiparetic Stroke Survivors. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 57(4), 201. Doi: 10.4274/tftr.31644.
- Ocampo, J., Herrera, J., Torres, P., Rodríguez, J. Lobo, L., & García, C. (2007). Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*, 38, 40-46. Acedido a 24/2/2014 Disponível em: <http://www.bioline.org.br/pdf/rc07007>.
- Olsson, B., & Sunnerhagen, K. (2007). Functional and cognitive capacity and health-related quality of life 2 years after day hospital rehabilitation for stroke: a prospective study. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, 16(5), 208-215. Doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2007.06.002.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Regulamento das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Geral*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Okubo, N. (2012). Effectiveness of the "Elevated Position" Nursing Care Program in promoting the reconditioning of patients with acute cerebrovascular disease. *Japan Journal of Nursing Science*, 9(1), 76-87. Doi: 10.1111/j.1742-7924.2011.00188.
- Olsen, T., & Andersen, K. (2010). Female survival advantage relates to male inferiority rather than female superiority: A hypothesis based on the impact of age and stroke severity on 1-week to 1-year case fatality in 40,155 men and women. *Gender Medicine*, 7(4), 284-295. Doi: 10.1016/j.genm.2010.08.001.

- Olsen, T., Langhorne, P., Diener, H., Hennerici, M., Ferro, J., Sivenius, J., et al., (2003). European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management-update 2003. *Cerebrovasc Dis*, 16(4), 311-337. Doi: 10.1159/000072554.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Classificação Detalhada com Definições*: Organização Mundial de Saúde. Acedido a . Disponível em: <http://www.drealg.min-edu.pt/upload/docs/CIFIS.pdf>.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Organização Mundial de Saúde- Saúde 21 – Saúde para todos*. Lisboa: Lusodidacta.
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais*. Acedido a . Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/46616252/Avc-Livro-Oms>.
- Orem, D. (1995). *Nursing: concepts of practice* (5ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby
- Ostwald, S., Davis, S., Hersch, G., Kelley, C., & Godwin, K. (2008). Evidence-based educational guidelines for stroke survivors after discharge home. *Journal of Neuroscience Nursing*, 40(3), 173-179, 191. Acedido a 17/2/2013 Disponível: <https://nursing.uth.edu/coa/downloads/cares/Evidence%20Based%20Educational%20Guidelines%20for%20SS.pdf>.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. Bem-Estar e Qualidade de Vida. Alcochete: *Textiverso*. Acedido a 9-06-2013. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17785/2/57643.pdf>.
- Pereira, M. & Filgueiras, M. . (2008). A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Revista APS*, 12(1), 72-82. Acedido a 23/2/2014Disponível em:<http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/view/174/190>.
- Petronilho, F. (2008). *Transição da Família para o Exercício do Papel de Cuidador. Programa de Doutoramento em Enfermagem*. (Programa de Doutoramento em Enfermagem, Revisão Sistemática da Literatura) Universidade de Lisboa.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem – Da Conceptualização dos Dados Empíricos através de uma Revisão da Literatura dos Últimos 20 Anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Petronilho, F., Machado, M., Almendra, M., & Gago, E. (2012). Transição do adulto para a dependência no autocuidado. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*. Acedido a 23/2/2013 Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/21658/4/Transi%C3%A7%C3%A3o%20do%20adulto%20para%20a%20depend%C3%Aancia%20no%20autocuidado.pdf>.
- Petronilho, F., Machado, M., Miguel, N., & Magalhães, M. (2010). Caracterização do Doente após Evento Crítico – Impacto da (In)Capacidade Funcional no Grau de Dependência no Autocuidado. *Sinais Vitais*. Acedido a 14/1/2013 Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/13637>.
- Peurala, S., Kantanen, M., Sjogren, T., Paltamaa, J., Karhula, M., & Heinonen, A. (2012). Effectiveness of constraint-induced movement therapy on activity and participation after stroke: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Rehabilitation*, 26(3), 209-223. Doi: 10.1177/0269215511420306.

- Piassaroli, C., Almeida, G., Luvizotto, J., & Suzan, A. (2012). Physical Therapy Rehabilitation Models in Adult Patients with Ischemic Stroke Sequel. *Revista Neurociencia*, 1(20). Acedido a 12/3/2013 Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/inpress/634%20inpress.pdf>.
- Pinedo, S., & de la Villa, F. (2001). Complications in the hemiplegic patient in the first year after the stroke. *Revista de Neurologia*, 32(3), 206-209. Acedido a 16/9/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11310269>.
- Poslawsky, I., Schuurmans, M., Lindeman, E., & Hafsteinsdottir, T. (2010). A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 17-32. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03023.
- Proot, I., Abu-Saad, H., Esch-Janssen, W., Crebolder, H., & Meulen, R. (2000). Patient autonomy during rehabilitation: the experiences of stroke patients in nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*, 37(3), 267-276. Acedido a. Disponível em: <http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489%2800%2900008-0/pdf>.
- Proot, I., Abu-Saad, H., Oorsouw, G., & Stevens, J. (2002). Autonomy in stroke rehabilitation: the perceptions of care providers in nursing homes. *Nursing Ethics*, 9(1), 36-50. Doi: 10.1191/0969733002ne479oa.
- Proot, I., Crebolder, H., Abu-Saad, H., & Meulen, R. (1998). Autonomy in the rehabilitation of stroke patients in nursing homes. A concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12(3), 139-145. Doi: 10.1111/j.1471-6712.1998.tb00489.
- Proot, I., Meulen, R., Abu-Saad, H., & Crebolder, H. (2007). Supporting stroke patients' autonomy during rehabilitation. *Nursing Ethics*, 14(2), 229-241. Doi: 10.1177/0969733007073705.
- Ramalho, A. (2005). *Manual para a redação de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise - Estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra.
- Ramas, J., Courbon, A., Roche, F., Bethoux, F., & Calmels, P. (2007). Effect of training programs and exercise in adult stroke patients: literature review. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 50(6), 438-444, 430-437. Acedido a. 16/2/2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168605407001195>.
- Rato, H., Rodrigues, M., & Rando, B. (2009). *Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados- Relatório final*. Instituto Nacional de Administração. Acedido a 16/2/2013. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RelatorioFinalCaracterizacaoUtentesRNCCI.pdf>.
- Rensink, M., Schuurmans, M., Lindeman, E., & Hafsteinsdottir, T. (2009). Task-oriented training in rehabilitation after stroke: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 737-754. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.0492.
- Robinson-Smith, G., Johnston, M., & Allen, J. (2000). Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(4), 460-464. Doi: 10.1053/mr.2000.3863.
- Robinson-Smith, G., & Pizzi, E. R. (2003). Maximizing Stroke Recovery Using Patient Self-Care Self-Efficacy. *Rehabilitation Nursing*, 28(2), 48-51. Doi: 10.1002/j.2048-7940.2003.tb02028.
- Ropper, A., Adams, R., Victor, M., & Samuels, M. (2009). *Adams and Victor's Principles of Neurology, Ninth Edition*: McGraw-Hill Education.
- Sabaté, E. (2001). *Adherence to Long-term Therapies: Policy for action*. Organização Mundial de Saúde. Acedido a 16/1/2013 Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

- Sacco, R., Adams, R., Albers, G., Alberts, M., Benavente, O., Furie, K., ... Tomsick, T. (2006). Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: co-sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke*, 37(2), 577-617. Doi: 01.STR.0000199147.30016.74.
- Sahebalzamani, M., Aliloo, L., & Shakibi, A. (2009). The efficacy of self-care education on rehabilitation of stroke patients. *Saudi Med J*, 30(4), 550-554. Acedido a. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370286>.
- Saladin, L. (2000).). *Measuring quality of life post-stroke*. Journal of Neurologic Physical Therapy. HighBeam. Acedido a 23/3/2013. Disponível em: <http://www.highbeam.com/doc/1P3-63054185.html>.
- Salin, S., Kaunonen, M., & Astedt-Kurki, P. (2009). Informal carers of older family members: how they manage and what support they receive from respite care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(4), 492-501. Doi: 1111/j.1365-2702.2008.02550.
- Sampaio, R., & Mancini, M. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 11, 83-89. doi: 10.1590/S1413-35552007000100013.
- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 15, 508-511. doi: 10.1590/S0104-11692007000300023.
- Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo no Concelho da Lourinhã*. (Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde). Universidade Aberta. Acedido a. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/732/1/LC400.pdf>.
- Santos, V. (2010). Qualidade de Vida Após Acidente Vascular Cerebral. Acedido a 24/4/2013. Disponível em: http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22426/Qualidade_vida_apos_acidente_vasc_cerebral_enf_vit.pdf.
- Scalzo, P., Souza, E., Moreira, A., & Vieira, D. (2010). Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. *Revista Neurociencia*, 18(2), 139-144.. Acedido a 15/1/2013. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/443%20original.pdf>.
- Schumacher, K., Jones, P., & Meleis, A.. (1999). *Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice*. University of Pennsylvania, Pennsylvania. Acedido a 16/1/2013 disponível em: <http://repository.upenn.edu/nrs/10/>.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. Doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.
- Schwamm, L., Pancioli, A., Acker, J., Goldstein, L., Zorowitz, R., Shephard, T., ... Adams, R. (2005). Recommendations for the establishment of stroke systems of care: recommendations from the American Stroke Association's Task Force on the Development of Stroke Systems. *Stroke*, 36(3), 690-703. Doi: 10.1161/01.STR.0000158165.42884.4F.
- Scifres, C., Iams, J., Klebanoff, M., & Macones, G. (2009). Metaanalysis vs large clinical trials: which should guide our management? *American journal of obstetrics and gynecology*, 200(5), 484 e481-485. Doi: 10.1016/j.ajog.2008.09.873.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010). *Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A*

national clinical guideline. Acedido a 10/1/2013. Disponível em: <http://guideline.gov/content.aspx?id=23849>.

- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto.
- Shyu, Y. (2000a). Patterns of Caregiving When Family Caregivers Face Competing Needs. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1).China.
- Shyu, Y. (2000b). The needs of Family Caregivers of Frail Elders During the Transition From Hospital to Home: a Taiwanese Sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3) China.
- Shyu, Y., Chen, M., Chen, S., Wang, H., & Shao, J. (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2497-2508. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02450.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada : um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina *Servir*, 55(1), 11-20.
- Simões, S., & Grilo, E. (2012). Cuidados e Cuidadores: o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral. *Revista de Saúde Amato Lusitano*(31), 18-23. Acedido a 2/3/2013 Disponível em: http://www.ulscb.min-saude.pt/media/6461/artigo_revisao_1.pdf.
- Simonetti, J., & Ferreira, J. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42, 19-25. Doi: 10.1590/S0080-62342008000100003 .
- Sit, J. , Wong, T., Clinton, M., Li, L. , & Fong, Y. (2004). Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 13(7), 816-824. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00943.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (Eds.). (2006). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice* (2ª ed.). Porto: Ambar.
- Staples, M., & Niazi, M. (2007). Experiences using systematic review guidelines. *Journal of Systems and Software*, 80(9), 1425-1437. Doi: 10.1016/j.jss.2006.09.046.
- Stone, S. (2007). When a young woman has a stroke : Hemorrhagic stroke in young women often inadequately diagnosed and under-treated. *Canadian Women's Health Network*, 10(1). Acedido a 23/1/2014 Disponível em: <http://www.cwhn.ca/sites/default/files/NETWORK.eng.fallwin07.pdf>.
- Strasser, D., Falconer, J., Stevens, A., Uomoto, J., Herrin, J., Bowen, S., et al., (2008). Team training and stroke rehabilitation outcomes: a cluster randomized trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(1), 10-15. Doi: 10.1016/j.apmr.2007.08.127.
- Studenski, S., Duncan, P., Perera, S., Reker, D., Lai, S. M., & Richards, L. (2005). Daily functioning and quality of life in a randomized controlled trial of therapeutic exercise for subacute stroke survivors. *Stroke*, 36(8), 1764-1770. Doi: 10.1161/01.STR.0000174192.87887.70.
- Subirana, M., Sola, I., Garcia, J. Gich, I., & Urrutia, G. (2005). A nursing qualitative systematic review required MEDLINE and CINAHL for study identification *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(1), 20-25. Doi: 10.1016/j.jclinepi.2004.06.001.
- Tamura, A., Ichihara, T., Minagawa, T., Kuwamura, Y., Kondo, H., Takata, S., et al., (2011). Exercise intervention soon after stroke onset to prevent muscle atrophy. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 7(4), 574-579. Acedido a 23/2/2012. Disponível em: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/66803531/exercise-intervention-soon-after-stroke-onset-prevent-muscle-atrophy>.

- Teasell, R., Foley, N., Bhogal, S., Chakraverty, R., & Bluvol, A. (2005). A rehabilitation program for patients recovering from severe stroke. *Canadian Journal of Neurology Sciences*, 32(4), 512-517. Acedido a 2/3/2013 Disponível em: <http://cjns.metapress.com/content/77cahveqx8g9pv3q/fulltext.pdf>.
- Thieme, H., Bayn, M., Wurg, M., Zange, C., Pohl, M., & Behrens, J. (2013). Mirror therapy for patients with severe arm paresis after stroke--a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 27(4), 314-324. Doi: 10.1177/0269215512455651.
- Tonini, T., Machado, W., & Figueiredo, N. (2004). *Cuidando de Clientes com Necessidades Especiais: Motora e Social*. São Paulo: Difusão.
- Torres, V., Davim, R., & Nobrega, M. (1999). Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(2), 47-53. Doi: 10.1590/S0104-11691999000200007.
- Truelsen, T., Piechowski-Jozwiak, B., Bonita, R., Mathers, C., Bogousslavsky, J., & Boysen, G. (2006). Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. *European Journal of Neurology*, 13(6), 581-598. Doi: 10.1111/j.1468-1331.2006.01138.
- Tseng, C., Chen, C., Wu, S., & Lin, L. (2007). Effects of a range-of-motion exercise programme. *Journal of Advanced Nursing*, 57(2), 181-191. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04078.
- Tubone, M., (2007). *Avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de doença cerebrovascular do tipo isquêmico*. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. Acedido a 24/3/2013 Disponível em: <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/CM0621.pdf>.
- Turner, B., Fleming, J., Ownsworth, T., & Cornwell, P. (2008). The transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury: a literature review and research recommendations. *Disability and Rehabilitation*, 30(16), 1153-1176. Doi: 10.1080/09638280701532854.
- Umphred, D. (2011). *Reabilitação Neurológica*: Elsevier Health Sciences. Rio de Janeiro.
- Verhagen, A., de Vet, H., de Bie, R., Kessels, A., Boers, M., Bouter, L., et al., (1998). The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(12), 1235-1241. Acedido a 16/3/2013 Disponível em: <http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356%2898%2900131-0/pdf>.
- Vincent-Onabajo, G., Lawan, A., Oyeyemi, A., & Hamzat, T. (2012). Functional Self-Efficacy and Its Determinants in Nigerian Stroke Survivors. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 19(5), 411-416. Doi: 10.1310/tsr1905-411.
- Ware, J. E., Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6), 473-483.
- Wright, R., Brand, R., Dunn, W. & Spindler, K. (2007). How to write a systematic review. *Clinical orthopaedics and related research*, 455, 23-29. Acedido a 23/2/2013 Disponível em: http://www.externarelationer.adm.gu.se/digitalAssets/1273/1273271_How_to_write_a_systematic.pdf.
- Wu, C. Y., Chen, C. L., Tang, S. F., Lin, K. C., & Huang, Y. Y. (2007). Kinematic and clinical analyses of upper-extremity movements after constraint-induced movement therapy in patients with stroke: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*, 88(8), 964-970. doi: S0003-9993(07)00355-3 [pii] 10.1016/j.apmr.2007.05.012.

- Yesavage, A., Brink, L., Rose, L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 17(1), 37-49.
- Zelevnik, D., Zelevnik, U., & Stricevic, J. (2010). The impact of various factors on self-care of elderly. [Article]. *HealthMed*, 4(1), 29-37. Acedido a 23/1/2013 Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f19bce9b-a1e8-47eb-a61e-a053b4726998%40sessionmgr112&vid=2&hid=112>.

Anexos

**Anexo I – Síntese dos estudos incluídos na revisão sistemática
literatura**

ID: E1				
Título: Effects of a range-of-motion exercise programme Autores: Chien-Ning Tseng, Cheryl Chia-Hui Chen, Shiao-Chi Wu & Li-Chan Lin Ano: 2006 País: China				
		Fonte: Journal of advanced Nursing	Base de dados: SCOPUS	
Tipo de Estudo/Nível de evidência/Qualidade Metodológica	Objetivos	Amostra/Participantes (tipo, nº, local seleção)	Intervenção (tipo, como foi implementada, intensidade, regularidade, procedimentos importantes, variáveis <i>outcomes</i>)	Resultados/ instrumentos (eficácia, resultados estatisticamente significativos, instrumentos usados para medir variáveis <i>outcomes</i>)
Estudo Randomizado Controlado Nível de evidência (JBI):1; Qualidade Metodológica JBI: Alta – 9 pontos	Avaliar um programa de exercícios articulares de forma a promover a amplitude e a função articular e a atividade física bem como aspetos relativos à percepção da dor e sintomas depressivos, em sobreviventes de AVC em unidades de prestação de cuidados a longo prazo.	Amostra de 59 sobreviventes de AVC, acamados (sem capacidade de mobilidade de forma independente na cama) e institucionalizados. Os participantes foram divididos aleatoriamente em três grupos: cuidados habituais (n 17), grupo de intervenção I (n 21) e grupo de intervenção II (n 21). Os critérios de inclusão são: -Hemiplegia há pelo menos 6 meses, resultado de AVC; -Cinco erros no SPMSQ, Pfeiffer 1975; -Capacidade para comunicar oralmente; -Idade ≥55 anos; -Sem membros amputados, qualquer ferida ou tromboflebite; Consentimento informado.	Ao grupo de intervenção I foi implementado um programa de exercícios articulares que foi ensinado aos participantes, sendo que o enfermeiro supervisiona e facilita a adesão ao programa de exercícios articulares. Ao grupo de intervenção II, para além de supervisionar e facilitar a adesão ao programa de exercícios articulares, também assiste, para que o participante atinja a máxima amplitude articular. Ambos os grupos completaram o programa de exercícios articulares que compreendeu por cinco repetições em cada articulação, duas vezes por dia, seis dias por semana, durante quatro semanas, em que cada sessão tem a duração de 10 a 20 minutos. As articulações contempladas no programa são: ombro, cotovelo, punho, anca, joelho e tornozelo, sendo que os movimentos incluem flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa, flexão dorsal e plantar. Variáveis <i>outcomes</i> : Independência funcional; amplitude articular e percepção de dor.	Instrumentos: FIMTM- ADL subscale para a independência funcional; amplitude articular e percepção de dor, Escala de Depressão Geriátrica- Short Form (GDS 15). A escolha destes instrumentos teve por base a opinião de peritos. No final do programa as diferenças relativas à amplitude articular dos participantes dos três grupos era estatisticamente significativa, sendo que os participantes submetidos aos cuidados usuais apresentaram diminuição da amplitude articular e, contrariamente, os participantes de grupos de intervenção I e II apresentaram maior amplitude articular sendo que o grupo de intervenção II apresentou melhores resultados. Ao nível da independência funcional não se verificaram diferenças significativas, sendo que no grupo de cuidados habituais quatro participantes apresentaram regressão na independência funcional, contrariamente a dois participantes do grupo de intervenção I e seis no grupo de intervenção II que demonstraram progressos a este nível. Em ambos os grupos de intervenção assiste-se a uma diminuição da percepção da dor sendo que é demonstrada diferença estatisticamente significativa entre o grupo de cuidados habituais e os grupos de intervenção. Entre os grupos de intervenção não se verificam diferenças significativas neste aspeto. No que concerne a sintomas depressivos não se verificam diferenças significativas entre os dois grupos de intervenção, identificando-se estas diferenças entre os grupos de intervenção e o grupo de cuidados habituais. Um programa de exercícios articulares com a supervisão e intervenção de um enfermeiro pode promover ganhos ao nível da função física bem como a nível psicológico, em pessoas acamadas devido a AVC.
Observações: Os melhores resultados foram alcançados no grupo em que o enfermeiro assistiu à realização dos exercícios para atingir a máxima amplitude articular.				

ID: E2

Título: The efficacy of self-care education on rehabilitation of stroke patients**Autores:** Mohammad Sahebalzamani; Leila Aliloo; Ali Shakibi**Ano:** 2009**País:** Irão**Fonte:** Journal Saudi Med.**Base de dados:** SCOPUS

Tipo de Estudo/Nível de Evidencia/Qualidade Metodológica	Objetivos	Amostra/Participantes (tipo, nº, local seleção)	Intervenção (tipo, como foi implementada, intensidade, regularidade, procedimentos importantes, variáveis <i>outcomes</i>)	Resultados/ instrumentos (eficácia, resultados estatisticamente significativos, instrumentos usados para medir variáveis <i>outcomes</i>)
Estudo Experimental Nível de evidência (JBI):1; Qualidade Metodológica JBI: Moderada – 6 pontos	Determinar a eficácia da educação baseada em estratégias adaptativas para o autocuidado durante a reabilitação de pacientes hemiplégicos devido a AVC após alta hospitalar.	80 participantes com idades entre 40-70 anos (média entre os 60-70 anos) com diagnóstico de hemiplegia com capacidades para o autocuidado, foram divididos aleatoriamente em dois grupos de Urmia University of Medical Sciences Hospitais, no Irão, em 2008. Os participantes foram divididos em dois grupos: controlo (n=40) e experimental (n=40). Critérios de exclusão: - História de doenças crónicas; - Emigração durante o programa de educação; - Participação noutros programas de reabilitação pós AVC; - Distúrbios de memória, de orientação; - Afasia; - Hospitalização por distúrbios psiquiátricos.	Questionário inicial: 1º- dados demográficos, 2º Índice de Katz, 3º Índice de Lawton foi aplicado nos dois grupos. A quando da alta aos participantes do grupo experimental foram implementadas intervenções do âmbito de ensinar e treinar estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene; banho; nutrição; vestir; continência intestinal e vesical; mobilidade; uso de cadeira de rodas; transferências. O programa foi efetuado durante 45 dias (6-8 sessões) com a duração de 2 horas cada sessão e foram distribuídos folhetos educativos. A 2ª fase da investigação iniciou-se 45 dias depois da última sessão educativa. A avaliação foi efetuada através do questionário inicial e apenas o grupo de controlo foi avaliado pelo mesmo questionário já em casa após 45 dias. O programa de intervenção foi implementado durante 6 meses.	O internamento hospitalar teve a duração de 7 a 14 dias.- Existe relação significativa entre a performance física e a idade, género, nível educacional, duração de hospitalização e prévia hospitalização por AVC ($p=0,0001$). Antes da intervenção educacional ambos os grupos estavam ao mesmo nível no que respeita à performance física. A educação foi eficaz tal como demonstra o Qui quadrado na performance das AVD e AIV. Foi obtida melhoria da performance em 57,5% da amostra no grupo experimental e 45% no grupo de controlo relativamente à continência intestinal e vesical após o programa educativo. Os resultados demonstraram que os programas de educação foram eficazes na performance do grupo experimental. Os enfermeiros têm um importante papel na minimização de distúrbios físicos em sobreviventes de AVC.

Observações: em algumas sessões os participantes não estavam física e psicologicamente aptos para receberem a educação e alguns participantes não permaneceram/ assistiram às sessões.

ID: E3				
Título: A prospective, randomized, single-blinded trial on the effect of early rehabilitation on daily activities and motor function of patients with hemorrhagic stroke Autores: YuLong Bai, YongShan Hu, Yi Wu, YuLian Zhu, Qiang He, CongYu Jiang, LiMin Sun, WenKe Fan Ano: 2012 País: China				
Fonte: Journal of Clinical Neuroscience		Base de dados: SCOPUS		
Tipo de Estudo/Nível de Evidencia/Qualidade Metodológica	Objetivos	Amostra/Participantes (tipo, nº, local seleção)	Intervenção (tipo, como foi implementada, intensidade, regularidade, procedimentos importantes, variáveis <i>outcomes</i>)	Resultados/ instrumentos (eficácia, resultados estatisticamente significativos, instrumentos usados para medir variáveis <i>outcomes</i>)
Estudo clínico randomizado Nível de evidência (JBI):1 Qualidade Metodológica JBI: Alta – 7 pontos	Determinar a eficácia da reabilitação precoce nas AVD e função motora em pessoas após AVC hemorrágico	364 Participantes com AVC hemorrágico com sequelas de hemiplegia internados em contexto hospitalar de agudos. Foi obtido consentimento informado escrito de todos os participantes. Critérios de inclusão: estabilização clínica na 1ª semana; escala coma Glasgow > 8; Membro com diminuição da força muscular; idade entre os 40 e 80 anos. Critérios de exclusão: história de doença cerebrovascular com sequelas; diagnóstico de AVC hemorrágico há mais de três semanas, tetraplegia, demência, e não residentes na região. Os participantes foram divididos em dois grupos: o grupo de reabilitação precoce (n=181) e o grupo de controlo (n=183). Os dois grupos eram comparáveis em todas as	Todos os participantes foram submetidos à mesma rotina interna, o grupo da reabilitação precoce foi submetido a um programa de reabilitação de três fases. Os participantes de ambos os grupos poderiam receber cuidados dos seus familiares. O programa de reabilitação de três fases incluiu: terapias físicas e ocupacionais e treino de AVD. Esses programas de treino foram realizados por terapeutas em contexto hospitalar, centros de reabilitação e comunidade. A reabilitação primária teve como objetivo treinar as AVD, durante o primeiro mês após o AVC e iniciou-se após 24h da admissão mantendo-se 45 minutos por dia, 5 dias por semana. Os participantes de ambos os grupos tinham acesso ao treino diário da negligência unilateral alterações da fala e deglutição, e alterações de esfíncteres anal e vesical. A reabilitação secundária foi realizada durante o segundo e terceiro mês após o AVC para promover o equilíbrio e a marcha. A terceira fase da reabilitação objetivou a melhoria das AVD e as funções motoras no quarto ao sexto mês. Os seus familiares foram treinados para reabilitar os pacientes em casa. Se os pacientes fossem transferidos para centros comunitários eram visitados por terapeutas e que os treinavam durante duas semanas. A avaliação da escala simplificada de Fugl-Myere (FMA) o índice de Barthel (IB) foram aplicados em vários momentos, inclusive na admissão e no 1º; 3º e 6º mês após AVC.	O grupo submetido à reabilitação precoce apresentou melhorias nos scores das escalas FMA e IB, revelando melhor reabilitação do que o grupo de controlo. A FMA aumentou nos 6 meses e no grupo de reabilitação precoce foi superior ao grupo de controlo. As pontuações do FMA no grupo de reabilitação precoce foram significativamente mais elevadas do que as do grupo de controlo no 1º, 3º e 6º mês após o AVC (todos $p < 0,05$), demonstrando uma melhor recuperação da função motora no mesmo grupo. As pontuações IB também aumentaram ao longo do período de seis meses e as pontuações da IB no grupo experimental foram significativamente superiores às do grupo de controlo. Testes post hoc mostraram que a pontuação inicial do IB dos dois grupos eram comparáveis ($p = 0,59$), mas a pontuação do IB do grupo de reabilitação foi superior à do grupo de controlo no 1º, 3º e 6º, mês após o AVC, o que indica que reabilitação precoce teve um papel positivo na recuperação da AVD. No entanto, no grupo de controlo, tanto o FMA e o IB mostraram um aumento significativo a partir da linha de base. Estudos anteriores sugerem que nos primeiros dois meses após o acidente vascular cerebral, verifica-se uma recuperação neurológica espontânea. A Reabilitação precoce é uma intervenção terapêutica eficaz para sobreviventes de AVC hemorrágico. Os resultados revelam que a melhoria significativa na capacidade funcional foi

		medidas iniciais. A randomização foi efetuada após o consentimento.		obtida no primeiro mês pós-AVC com uma intervenção média de 19 a 20 dias. Após esses dias a taxa de recuperação, diminui gradualmente e mantém-se até ao final de seis meses.
<p>Observações: os pontos de avaliação são mais escassos do que noutros estudos, não sendo possível observar as mudanças finas nos scores FMA e IBM. Seis meses é um período muito longo para ser verdadeiramente considerada "reabilitação precoce." Os efeitos de reabilitação na função motora e no desempenho das AVD devem ser estudados para além de seis meses, após a intervenção terminar. Futuramente são necessários estudos com mais períodos de avaliação para confirmar e ampliar os resultados atuais.</p> <p>Dificuldades de replicação por falta de informação, nomeadamente a especificação das intervenções ao nível da promoção da autonomia nas AVD.</p>				

ID: E4				
Título: Daily Functioning and Quality of Life in a Randomized Controlled Trial of Therapeutic Exercise for Subacute Stroke Survivors Autores: Richards Stephanie Studenski, Pamela W. Duncan, Subashan Perera, Dean Reker, Sue Min Lai and Lorie Ano: 2005 País: USA Fonte: American Heart Association Base de dados: SCOPUS				
Tipo de Estudo/Nível de Evidência/Qualidade Metodológica	Objetivos	Amostra/Participantes (tipo, nº, local seleção)	Intervenção (tipo, como foi implementada, intensidade, regularidade, procedimentos importantes, variáveis <i>outcomes</i>)	Resultados/ instrumentos (eficácia, resultados estatisticamente significativos, instrumentos usados para medir variáveis <i>outcomes</i>)
Estudo Randomizado Controlado (duplamente cego) Nível de evidência (JBI):1; Qualidade Metodológica JBI: Alta – 8 pontos	Examinar os efeitos dos exercícios terapêuticos nos sobreviventes de AVC subagudo.	Grupo experimental: - Idade média: 69,5 anos. - Nos 3 meses da intervenção (n 44); - Após 6 meses da intervenção os efeitos foram avaliadas em 40 participantes. Grupo de controlo: - Idade média: 70,4 anos. - Nos 3 meses da intervenção (n 49); Critérios de inclusão: diagnóstico clínico de AVC consistente de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde, confirmado por exame clínico ou imagiológico; Idade ≥ 50 , AVC ocorre entre 3 a 28 dias. Critérios de inclusão do estudo foram: AVC ocorrido entre 30 a 150 dias, marcha independente (25 passos). Pontuação Fugl-Meyer entre 27 e 90,7; Score de Orpington prognóstico (OPS) de 2,0-5,28, extensão de pulso palpável, e Mini-Mental teste com score ≥ 16 . Cada participante obteve a aprovação médica para participar no estudo. As características iniciais dos participantes foram comparadas.	Grupo experimental: o programa efetuou-se em 36 sessões, durante 12 semanas, no domicílio, supervisionado por um terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta, com alvo na força muscular (grupos musculares do membro superior e inferior utilizando elásticos e peso corporal), equilíbrio e resistência (usando um exercício com bicicleta), e incentivando o uso da extremidade superior afetada. Após a conclusão da intervenção, os participantes receberam diretrizes escritas para o exercício continuado. No grupo de controlo os participantes receberam os cuidados dos serviços de reabilitação prescritos pelo médico. A equipe de intervenção visitou os participantes nas suas casas durante 30 minutos a cada 2 semanas promovendo educação para a saúde e vigilância de sinais vitais. Aos participantes foram fornecidos materiais que abordam práticas de saúde para a prevenção de AVC recorrente e dado feedback sobre avaliações físicas. Cerca de metade dos participantes dos grupos de controlo receberam cuidados de fisioterapia ou terapia ocupacional), durante os 3 primeiros meses do estudo. A Gravidade do AVC foi avaliada usando a Orpington Prognostic Scores. As medidas de resultado foram: medida de independência funcional (FIM), índice de Barthel e Lawton, medidas de QV incluído a SIS e o SF36. Os resultados foram avaliados nos 3 meses (imediatamente após a fase de intervenção) e 6 meses após completarem a intervenção.	O grupo de intervenção apresentou melhores resultados do que o grupo de controlo na SF-36 função social (14,0 pontos; $p=0,0051$) e SIS (9,2 pontos; $p=0,0003$), emoção [5,6 pontos; $p=0,0240$], na participação social [6,6 pontos; $p=0,0488$], e função física [5,0 pontos; $p=0,0145$]. A intervenção foi mais eficaz na pontuação da escala de Barthel (3,3 pontos; $p=0,0510$), SF-36 (função física [6,8 pontos; $p=0,0586$], na função física [14,4 pontos; $p=0,0708$]) e SIS da função da extremidade superior (7,2 pontos; $p=0,0790$). Os efeitos foram atenuados seis meses após a intervenção. O programa de exercícios de reabilitação resultou em ganhos elevados na funções diárias e QV do que os cuidados habituais em pessoas com AVC subagudo.
Observações: A implementação de intervenções que promovam a adesão aos exercícios continuados após o tratamento pode ser necessária.				

**Anexo II – Análise da qualidade metodológica dos estudos
incluídos na revisão sistemática da literatura**

Análise da Qualidade Metodológica dos Estudos Incluídos na RSL:

Instrumento Adaptado do Instituto Joanna Briggs (2011)

ID: E1

Autor: Tseng *et al.*

Ano: 2006

Critérios	Sim	Não	Não é Claro
A distribuição dos participantes nos grupos foi aleatória?	X		
Aos participantes foi ocultada a informação sobre a que grupo pertenciam (experimental ou controlo)?	X		
A distribuição dos participantes nos grupos foi ocultada ao investigador?	X		
Os resultados das pessoas que se perderam foram descritos e incluídos na análise?	X		
Quem fez a avaliação dos resultados desconhecia a distribuição dos participantes nos grupos?	X		
Os grupos de controlo e de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	X		
Os grupos foram tratados de forma idêntica exceto no que respeita às intervenções em causa?	X		
Os resultados foram medidos de mesma forma para todos os grupos?	X		
Os resultados foram medidos de forma confiável?	X		

Apreciação geral: 9 pontos

Incluir: Sim

Score	Qualidade Metodológica
De 0 a 3 pontos	Baixa
De 4 a 6 pontos	Moderada
De 7 a 9 pontos	Alta

Análise da qualidade metodológica dos estudos incluídos na RSL:

Instrumento adaptado do JBI (2011)

ID: E2

Autor: Sahebalzamani *et al.*

Ano: 2009

Critérios	Sim	Não	Não é Claro
A distribuição dos participantes nos grupos foi aleatória?	X		
Aos participantes foi ocultada a informação sobre a que grupo pertenciam (experimental ou controlo)?			X
A distribuição dos participantes nos grupos foi ocultada ao investigador?			X
Os resultados das pessoas que se perderam foram descritos e incluídos na análise?	X		
Quem fez a avaliação dos resultados desconhecia a distribuição dos participantes nos grupos?		X	
Os grupos de controlo e de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	X		
Os grupos foram tratados de forma idêntica exceto no que respeita às intervenções em causa?	X		
Os resultados foram medidos de mesma forma para todos os grupos?	X		
Os resultados foram medidos de forma confiável?	X		

Apreciação geral: 6 pontos

Incluir: Sim

Score	Qualidade Metodológica
De 0 a 3 pontos	Baixa
De 4 a 6 pontos	Moderada
De 7 a 9 pontos	Alta

Análise da qualidade metodológica dos estudos incluídos na RSL:

Instrumento adaptado do JBI (2011)

ID: E3

Autor: Bai *et al.*

Ano: 2012

Critérios	Sim	Não	Não é Claro
A distribuição dos participantes nos grupos foi aleatória?	X		
Aos participantes foi ocultada a informação sobre a que grupo pertenciam (experimental ou controlo)?			X
A distribuição dos participantes nos grupos foi ocultada ao investigador?			X
Os resultados das pessoas que se perderam foram descritos e incluídos na análise?	X		
Quem fez a avaliação dos resultados desconhecia a distribuição dos participantes nos grupos?	X		
Os grupos de controlo e de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	X		
Os grupos foram tratados de forma idêntica exceto no que respeita às intervenções em causa?	X		
Os resultados foram medidos de mesma forma para todos os grupos?	X		
Os resultados foram medidos de forma confiável?	X		

Apreciação geral: 7 pontos

Incluir: Sim

Score	Qualidade Metodológica
De 0 a 3 pontos	Baixa
De 4 a 6 pontos	Moderada
De 7 a 9 pontos	Alta

Análise da qualidade metodológica dos estudos incluídos na RSL:

Instrumento adaptado do JBI (2011)

ID: E4

Autor: Studenski *et al.*

Ano: 2005

CrITÉRIOS	Sim	Não	Não é Claro
A distribuição dos participantes nos grupos foi aleatória?	X		
Aos participantes foi ocultada a informação sobre a que grupo pertenciam (experimental ou controlo)?		X	
A distribuição dos participantes nos grupos foi ocultada ao investigador?	X		
Os resultados das pessoas que se perderam foram descritos e incluídos na análise?	X		
Quem fez a avaliação dos resultados desconhecia a distribuição dos participantes nos grupos?	X		
Os grupos de controlo e de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	X		
Os grupos foram tratados de forma idêntica exceto no que respeita às intervenções em causa?	X		
Os resultados foram medidos de mesma forma para todos os grupos?	X		
Os resultados foram medidos de forma confiável?	X		

Apreciação geral: 8 pontos

Incluir: Sim


Score	Qualidade Metodológica
De 0 a 3 pontos	Baixa
De 4 a 6 pontos	Moderada
De 7 a 9 pontos	Alta

Anexo III – Solicitação de informação sobre estudos

Article information

Caixa de entrada x



 **Sofia Neves** <sofiarneves@gmail.com>
para hild.fjartoft

05/08/13 ☆



Hello,

I'm a Portuguese Master student of nurse rehabilitation. I'm doing my thesis, using a sistematic review. I analised your article ("Stroke Unit Care Combined With Early Supported Discharge"), I consider your study very important and I would like to use it, but for to use your article in my work I will need to know what minimal age of the group that have under of 75 years old.

Thank you for your attention,

Regard's

...

<https://mail.google.com/mail/#search/hild.fjartoft%40medisin.ntnu.no/1404f8cc37479524>

Article information



 **Sofia Neves** <sofiarneves@gmail.com>
para Gillian.E.Mead

15/01 (há 3 dias) ☆



Hello,

I'm a Portuguese Master student of nurse rehabilitation. I'm doing my thesis, using a sistematic review. I analised your article ("Stroke: A Randomized Trial of Exercise or Relaxation"), I consider your study very important and I would like to use it, but for to use your article in my work I will need to know what minimal age of participants in your study.

Thank you for your help,


Regard's

...

<https://mail.google.com/mail/#search/Gillian.E.Mead%40ed.ac.uk/14397e2b15ed3ade>

Article information



 **Sofia Neves** <sofiarneves@gmail.com>
para birgitta.langh.

15/01 (há 3 dias) ☆



Hello,

I'm a Portuguese Master student of nurse rehabilitation. I'm doing my thesis, using a sistematic review. I analised your article ("Exercise and health-related quality of life during the first year following acute stroke. A randomized controlled trial"), I consider your study very important and I would like to use it, but for to use your article in my work I will need to know what minimal age of participants in your study.

Thank you for your help,

Regard's

<https://mail.google.com/mail/#search/birgitta.langhammer%40hf.hio.no/14397eac2a2ba7>

bd